Voir résumé français
à la fin du chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOCHANÓWKA - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA - RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK IV. DZIEKANKA 1927 KWART. I—II

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

„Nowiny Psychjatryczne" zamieszczają prace oryginalne, streszczenia, referaty z posiedzeń naukowych i klinicznych z dziedziny psychjatrji teoretycznej i praktycznej oraz dziedzin pokrewnych. Szanownych autorów uprasza się o dołączenie do swych prac streszczeń w języku francuskim. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt Redakcji.

Pismo zapisuje się narazie w Administracji „Nowin Psychjatrycznych" z równoczesnem nadesłaniem opłaty kwartalnej (2,80 zł.) i wysyła się pod opaską. Poza abonamentem — 4 złote za egzemplarz.

Redakcja „Nowin Psychjatrycznych".

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOCHANÓWKA - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA - RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK IV. 1927
DZIEKANKA

REDAKTOR NACZELNY: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ZASTĘPCA REDAKTORA: OSKAR BIELAWSKI

224

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH“ T. A. w GNIEŹNIE



Dr. Med. ROMAN ZAGÓRSKI
Dyrektor Państwowego Zakładu dla Umysłowo Chorych
w
Kulparkowie.

Dr. ROMAN ZAGÓRSKI.

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

Niepowetowaną stratę poniósł wschodnio-małopolski Zakład dla psychicznie chorych w Kulparkowie. — Dnia 27. lutego zmarł jego zasłużony Dyrektor Dr. Roman Zagórski — zmarł w sile wieku po kilkudniowej zaledwie chorobie. — Niespodziewana śmierć Jego okryła bolesną żałobą cały Zakład, który w Zmarłym stracił znakomitego kierownika, serdecznego ojca i opiekuna chorych.

Ś. p. Dr. Roman Zagórski, urodzony we Lwowie w r. 1875, ukończył studja lekarskie w r. 1901 na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. W tymże samym roku wstąpił na praktykę lekarską do szpitala powszechnego we Lwowie, gdzie na oddziale Dr. Sawickiego począł się kształcić w psychjatrji. — W r. 1902 objął posadę lekarza w krajowym podówczas Zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie. — Z młodzieńczym zapałem oddaje się tu niewdzięcznej pracy zawodowej, dając się odrazu poznać jako niezwykle inteligentna i utalentowana siła. — Były galicyjski Wydział Krajowy wysyła go jako stypendystę zagranicę, gdzie śp. Zmarły kształcił się u Prof. Kroeppelina w Monachium i na klinice paryskiej. — W r. 1919 Wydział Krajowy, uznając Jego niezwykłe zdolności organizatorskie i głęboką wiedzę fachową powierza Mu kierownictwo Zakładu w Kobierzynie — zakładu wprawdzie nowo-wybudowanego, ale zniszczonego wojną. — Dzięki wytężonej pracy, Zakład ten postawił śp. Dr. Zagórski na najwyższym poziomie lecznictwa psychjatrycznego, stawiając sobie trwały pomnik twórczej i pełnej poświęcenia pracy —

Lecz nie koniec Jego trudom, nie dozwolonem Mu było spocząć na laurach w ukochanym przez siebie Kobierzynie: posłuszny wezwaniu swej władzy obejmuje w r. 1925 kierownictwo Zakładu kulparkowskiego. Zakład ten o przestarzałych urządzeniach i tradycjach, przytem w wysokim stopniu zaniedbany — wszedł dzięki Jego nieugiętej woli, już po dwóch latach wytężonej pracy — na drogę istotnej i trwałej poprawy. Nie sposób wyliczyć całego dorobku Jego poczynań: wspomnę tu tylko o przeprowadzeniu racjonalnej segregacji chorych, zniesieniu wszelkich środków krępujących, zaprowadzeniu całego szeregu warsztatów pracy dla chorych, skutkiem czego procent chorych pracujących wzrósł szybko z 15 do 50, z tendencją do dalszego wzrostu, zapewnieniu chorym należytej opieki przez gruntowną reorganizację służby pielęgniarskiej, odbudowie zniszczonych budynków, zaprowadzeniu w miejsce naftowego — światła elektrycznego. — Z jaką energją, z jakim zapałem pracował śp. Zmarły ponad swe siły, świadkami byli w pierwszej linji Jego koledzy lekarze zakładowi, którzy porwani Jego dobrym przykładem ochotnie, mimo ciężkich warunków, byli Mu pomocni w Jego żmudnej pracy. Bo też potrafił ich ująć ukochany Dyrektor swemi rzeczywiście niezwykłemi zaletami charakteru. Jego takt, dobroć i wyrozumiałość, Jego żywe zainteresowanie się i odczucie potrzeb kolegów — kazały lekarzom widzieć w Zmarłym nie surowego zwierzchnika, a tylko starszego, idealnego kolegę, do którego w każdej chwili można się było zwrócić z całem zaufaniem.

Taką samą miłością i szacunkiem cieszył się Zmarły i u innych podwładnych Mu funkcjonarjuszy, a zwłaszcza u chorych powierzonych Jego opiece, a wyrazem tej miłości był szczery i powszechny żal, jaki pozostawił po sobie u wszystkich, którzy mieli z nim jakikolwiek kontakt.

W Zmarłym traci polska psychjatrja jednego z najtęższych swoich przedstawicieli, a społeczeństwo wybitnego obywatela.

CZEŚĆ JEGO PAMIĘCI!

Dr. Jan Fox.

DR. MED. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

DROGI I BEZDROŻA PSYCHJATRJI SPÓŁCZESNEJ

KRYTYKA I PRÓBA SYNTEZY.

Według wykładu wstępnego przy objęciu Katedry psychjatrji w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie.

Łaskawi Słuchacze!

Jest moją osobistą potrzebą zanim przejdę do omawiania zagadnienia, które nas tutaj zgromadziło, uczcić pamięć Tego, kto poprzedzał mnie na tej katedrze.

Ś. p. Prof. Antoni Mikulski żyje w naszej pamięci, jako wspomnienie o człowieku szlachetnym, gorącym patrjocie, zasłużonym działaczu społecznym, niestrudzonym badaczu w dziedzinie wiedzy, którą szczególnie umiłował. Zgasł w sile wieku, z niewątpliwą stratą dla społeczeństwa i nauki, zdążywszy zaledwie założyć podwaliny pod swą pracę pedagogiczną na tej katedrze.

Wyjątkowo pracowity, utalentowany pisarz do ostatniej chwili w pracy nie ustawał i tylko śmierć przedwczesna wytrąciła Mu pióro z kostniejącej dłoni przy korekcie ostatniego arkusza książki, będącej, w pewnej mierze, syntezą Jego działalności naukowej. Pozostawił po sobie dorobek znaczny na niwie, na której pracował, ceniony przez spółczesnych, mógł nie bez pewnej dumy powiedzieć o sobie w chwili zgonu „non omnis morior".

CZEŚĆ JEGO PIĘKNEJ PAMIĘCI!

Wykład wstępny jest dla każdego nowomianowanego profesora chwilą ważną i poważną. Ma przed Tymi, którzy go na to stanowisko powołali, usprawiedliwić, poniekąd, dokonany wybór, ma złożyć przed Nimi akt swej wiary naukowej.

Sądzę, że, poruszając zagadnienie drogi i bezdroży psychjatrji spółczesnej, zdołam może najłatwiej wywiązać się z zadania, stojącego przedemną.

Psychjatrja, w stosunku do innych dziedzin wiedzy lekarskiej, zajmuje stanowisko odrębne. Jeżeli w innych dziedzinach wiedzy materjałem doświadczalnym, z którego drogą metodycznego przemyślenia

zostaje urabiana treść nauki, jest doświadczenie zewnętrzne, zjawiska dostrzegane od zewnątrz, w psychjatrji zasadniczem źródłem naukowego poznania jest doświadczenie wewnętrzne, wewnętrzne przeżycia psychicznie chorych, dostrzegalne zewnętrznie tylko w nieznacznej mierze i częściowo. Jakkolwiek niewątpliwie pewne zjawiska cieleśne stanowią również przedmiot psychjatrycznego badania, gros naszego materjału naukowego dostarcza nam, podobnie jak w psychologji, introspekcja, t. j. postrzeganie własnych stanów świadomości, z tą różnicą, że w psychologji introspekcji dokonywa badacz, a w psychjatrji badany.

Własne przeżycia psychiczne chorego, w tej postaci, w jakiej rzeczywiście zachodzą, nieskażone w niczem przez aprioryczne poglądy badającego, zaobserwowane i odtwarzane przez samych chorych, a które my następczo układamy w kategorje psychjatrycznej klasyfikacji, stanowią nasz zasadniczy materjał naukowy.

Introspekcja jest dla psychjatrji nietylko dostarczycielką naukowego materjału, jest czemś więcej, jest sprawdzianem jej teorji i doktryn, jest pionem według którego jest oceniana wartość każdego teoretycznego ujęcia. Teorja w psychjatrji jest i nie może być niczem innem, jak tylko uogólnieniem doświadczalnych faktów. Wyrasta z doświadczenia i powraca do doświadczenia po stwierdzenie słuszności swych uogólnionych wywodów. Teorja nie jest nadrzędna doświadczeniu, lecz jest mu podrzędna. Doświadczenie w stosunku do teorji posiada znaczenie rozstrzygające, stanowi dowód, wobec którego muszą ustąpić wszystkie teoretyczne rozumowania. W psychjatrji, podobnie jak w innych naukach przyrodniczych, obowiązuje zasada „contra experimentum nullum argumentum", przyczem fakt,, że tutaj doświadczenie jest wewnętrzne w niczem nie zmniejsza słuszności samej zasady.

Jest to kierunek i stanowisko empiryzmu radykalnego (James) czy fenomenizmu (Renouvier), określane u nas czasami nieściśle, jako fenomenalizm i wiązane niesłusznie, bo niedostatecznie zasłużenie, z nazwiskiem Jaspersa.

Temu kierunkowi hołduję i na tem stanowisku stoję.

W psychjatrji panuje ogólne dążenie oparcia symptomatologji na podstawie psychologicznej. Dążenie najzupełniej słuszne. Wszelki chorobowy objaw psychiczny jest zboczeniem z drogi prawidłowego rozwoju duchowego i może być najlepiej badany na podłożu przedstawiającem rozwój normalny, t. j. na podłożu psychologicznem. Chodzi tylko o to, ażeby podłoże, jeżeli ma służyć za pdstawę psychjatrji jako nauce przyrodniczej, opartej na doświadczeniu, było również przyrodnicze, oparte na doświadczeniu. Niezawsze tak jest.

W psychologji, głównie niemieckiej, panuje nieomal wszechwładnie doktryna asocjacyjna, przenika z niej do psychjatrji i przepaja ją, jak woda gąbkę.

Doktryna jest nieprzyrodnicza, a przytem ciasna.

Zamiast w sposób ścisły obserwować fakty doświadczalne, opisywać je i poddawać rozróżnianiu, buduje ich, jakoby, odpowiedniki w sposób sztuczny, z wytworzonych przez siebie nieistniejących w rzeczywistości elementów oddzielnych, wyobrażeń, i podaje je za wyniki doświadczenia. Zapoznaje warunki fizjologiczne, w których zachodzą zjawiska psychiczne, uważa je za rzeczy same w sobie, niezależne od warunków ustroju. Pozostawia całe dziedziny życia duchowego poza nawiasem badania, ponieważ nie mieszczą się w granicach doktryny. Dla psychologji asocjacyjnej nie istnieje podświadomość, ponieważ nie tworzą jej wyobrażenia. Co ważniejsze, nie istnieje dla niej podmiot, stanowiący kamień węgielny wszelkiej budowy psychjatrycznej; niema dla niego również miejsca w kompleksie skojarzonych wyobrażeń.

Jaźń, t. j. podmiot w doświadczalnej postaci, jest niewątpliwym faktem psychologicznym, najbardziej bezpośrednią daną doświadczenia.

Nie może nie być dla jaźni miejsca w nauce, która chce być nauką przyrodniczą, opartą na doświadczeniu.

Jaźń jest jądrem krystalizacyjnem mgławicy psychicznej, jest struną grzbietową organizacji psychicznej. Bo pomimo wszelkie podnoszone sprzeciwy, duch, jakkolwiek nie jest organizmem, to pewne, jest czemś niezmiernie organizmu bliskiem, jest pewną postacią życia i nie da się ująć w więzy samych tylko mechanistycznych połączeń. Jest organizacją. Rośnie i rozwija się na podobieństwo rośliny, kiełkującej z nasienia, lub na podobieństwo ustroju, powstającego z zarodka. Badania spółczesne wydobywają coraz bardziej ustrojowy, organiczny charakter jaźni. Coraz więcej uwagi i miejsca w obecnej pracy naukowej poświęca się sprawie konstytucji psychicznej. Coraz wyraźniej w umysłowości naszej rysuje się fakt doświadczalny, że pomimo całej zmienności, jaka w życiu psychicznem zachodzi, istnieje zawsze pewien środek czynny, dążący stale do sprowadzenia wszystkiego do jednego, swojego mianownika, że istnieje zawsze pewne zwarte jądro wewnętrzne, które jakkolwiek samo ulega przeobrażeniom, jakie rozwój ze sobą przynosi, nie przestaje być pewną jednią, pewną zborną całością, krzepnącą coraz bardziej w charakterze coraz wyraźniejszej jednolitości wewnętrznej. W doświadczeniu rysuje się jako najgłębsza istota psychiki, jako najbardziej czynny jej składnik, jako czynnik, dokonywający wyboru w nastręczającym się materjale myślowym, jako

źródło wysiłku i uwagi, jako ośrodek skąd wypływać się zdają nakazy woli i kierownictwo postępowaniem. Jest czynnikiem, który przyjmuje i odrzuca. Jest siedliskiem zainteresowania, jest pośrednikiem pomiędzy odbiorczą i oddawczą fazą działalności psychicznej. Jest najbardziej stałym pierwiastkiem ducha, ulega zmianom i przeobrażeniom przez przyswajanie i wprowadzanie do jaźni duchowej doznawań płynących potokiem świadomości, lecz w doświadczeniu przedstawia się jako jądro stałe, przeciwstawiające się zmienności i niestałości, cechującej w ogólności życie duchowe(„James“). Tylko choroba psychiczna jest w stanie tę jednię zmóc i sprowadzić rozkład w spoistości wewnętrznej jaźni. Jaźń opiera się wytrwale przejściowym zaburzeniom psychicznym. Chorobliwy rozstrój psychiczny jeszcze jaźni nie narusza. Dopóki trwa wewnętrzna jej zwartość niema jeszcze choroby psychicznej. Dopiero kiedy jaźń sama ulegnie rozkładowi, kiedy zaczną rysować się wiązadła jej budowy, mamy prawo mówić o człowieku, że jest psychicznie chory, że przestał być sobą, że stał się sobie samemu obcy, że jest alienatus a se.

Jaźń zatem jest nietylko podstawowym doświadczalnym faktem psychologicznym, lecz jest normą oceny psychjatrycznej, wykreśla granicę, od której zaczyna się psychjatryczny fakt choroby psychicznej.

Dlatego psychologja asocjacyjna, odrzucająca jaźń, nie może być podłożem właściwem badań psychjatrycznych, może prowadzić je tylko na bezdroża.

Pozatem, doktryna asocjacyjna, skupiając niepodzielnie całkowitą uwagę psychjatry na samych tylko sprawach psychicznych, traktująca je jako sprawy same w sobie, niezależnie od ustroju, w którym zachodzą, odciąga myśl psychjatryczną od zjawisk cielesnych, jako warunków fizjologicznych spraw psychicznych. Wytwarza się w ten sposób jednostronność, która nie może nie odbić się ujemnie na działalności psychjatry w ogólności, a w szczególności na jego działalności jako lekarza.

Zaburzenia psychiczne są zasadniczym objawem choroby psychicznej, to pewne. Bez zaburzeń psychicznych niema choroby psychicznej; to prawda, lecz zaburzenia psychiczne nie są jedynym wyrazem choroby psychicznej.

Żadna choroba psychiczna nie przebiega bez zmian ogólnych w ustroju, zasada „mens insana in corpore insano“ znajduje tutaj całkowite zastosowanie, w szczególności niema choroby psychicznej bez zmian, stałych czy przejściowych, w nowomózgowiu, t. j. w tej części układu nerwowego, która służy zjawiskom wyższego porządku rozwojowego, spra-

wom psychicznym. Wszelkie odchylenia chorobowe od normalnego biegu życia duchowego musimy traktować jako wynikłe wskutek zmian w działalności nowomózgowia. Każda choroba psychiczna jest chorobą mózgową i niema choroby psychicznej bez chorobowych zmian mózgowych. Jakkolwiek w chwili obecnej niezawsze możemy powiedzieć na czem te zmiany polegają, chociaż zakres naszego poznania w tej dziedzinie rozszerza się coraz bardziej, to jednakże posiadamy tak liczne dowody embrjologiczne, porównawczo - anatomiczne, fizjologiczne i patologiczno - anatomiczne, że to stało się dla nas pewnikiem, przy którym stać musimy niezłomnie, jeżeli tryb naszego myślenia ma być przyrodniczy, a nauka, którą uprawiamy, nauką przyrodniczą. Psychologja asocjacyjna, która z założenia zapoznaje tę stronę życia duchowego, nie może stanowić właściwego podłoża badań psychjatrycznych.

Natomiast psychologja traktowana w rzeczy samej, jako wiedza przyrodnicza, t. j. psychologja wolna od wszelkiej metafizycznej przymieszki, czem jest byt psychiczny sam w sobie, jaka jest jego istota, psychologja mająca do czynienia tylko z tem, co może być poznane i sprawdzone drogą obserwacji, psychologja traktowana biologicznie, rozszerzająca do najdalszych krańców fizjologiczne naświetlenie faktów psychicznych, tak pojęta psychologja może i powinna stanowić podstawę psychjatrycznego badania i psychjatrycznej oceny. Cały dział psychjatrji — psychopatologja ogólna — może być najlepiej przyswojoną na podłożu tak pojętej psychologji doświadczalnej.

W psychopatologji szczegółowej, tj. w psychjatrji właściwej, głównie w psychjatrji niemieckiej i pozostającej pod jej nieomal wyłącznym wpływem, psychjatrji polskiej, panuje kierunek zapoczątkowany przez Kräpelina, a którego najwybitniejszym rzecznikiem spółczesnym jest, obok twórcy kierunku, Bleuler.

Kräpelin podzielił psychozy na dwie postacie: uleczalną psychozę manjakalno-depresyjną i nieuleczalną — otępienie wczesne.

Z obserwacji Baillarger'a o „folie à double forme" i Kahlbauma o katatonji i hebefrenji, rozwiniętych dalej, wytworzył Kräpelin doktrynę, która miała uprościć klasyfikację, a przedewszystkiem miała dać psychjatrze w ręce narzędzie, pozwalające mu odrazu, przy rozpoznaniu, na podstawie samego tylko t. zw. przekroju psychicznego, przesądzić z góry także i rokowanie: dobre w pierwszej postaci — złe w drugiej. Stanowiło to clou doktryny. Doświadczenie nie potwierdziło pokładanej nadziei. Klasyfikacja powiększyła się o nowe nozologiczne postacie a rokowanie, przepowiadane na podstawie samego tylko rozpoznania, okazało się zawodne szczególnie w dziedzinie otępienia wczesnego.

Stwierdzono mianowicie, że w pewnej liczbie przypadków, i bynajmniej nie wyjątkowych, w których rozpoznano otępienie wczesne, chorzy, wbrew doktrynie, przychodzili do siebie. Doktryna stała się źródłem niewąpliwej krzywdy tych chorych i samej psychjatrji.

Bleuler próbował naprawić pomyłkę Kräpelina i zastąpił nazwę otępienie, którem przyjęto w psychjatrji określań stany przewlekłe i nieuleczalne, przez ukuty przez siebie termin, schizofrenja, nie zawierający w nazwie pojęcia nieuleczalności choroby, którą oznacza. Uległ natomiast Bleuler czarowi ukutego przez siebie terminu i rozlał pojęcie samo tak szeroko, że objął niem nieledwie wszystkie postacie chorób psychicznych o nieorganicznem podłożu. Nawet dosyć doświadczony psychjatra nie potrafi nieraz odgraniczyć, gdzie u Bleulera kończy się schizofrenja, a zaczyna inna postać psychozy. Nic w tem dziwnego. Bleulera wprowadza w błąd własny jego termin. Schizofrenja znaczy rozkład, rozpad, rozszczepienie, oczywiście jaźni. Dla każdego nieasocjacjonisty wszelka choroba psychiczna jest właśnie rozszczepieniem, rozkładem czy rozpadem jaźni, schizofrenja jest zatem równoznaczna z pojęciem wszelkiej choroby psychicznej i jasne jest dlatego, że Bleuler dopatruje cech schizofrenji t. j. rozpadu jaźni, w każdej nieledwie chorobie psychicznej.

Gdyby Bleuler, podobnie zresztą jak i Kräpelin nie był asocjacjonistą, pogrążonym całkowicie w objaśnianiu wszelkich spraw psychicznych za pomocą zespołów mechanistycznie ze sobą skojarzonych wyobrażeń i uznawał doświadczalny fakt jaźni, którego uznać nie może, bo mu jego istnienie przesłania asocjacjonizm, nie wpadałby na psychjatryczne bezdroża, na które go prowadzi asocjacyjna doktryna i własny termin.

Nie mogę dlatego iść za hasłem, dosyć powszechnem w psychjatrji niemieckiej i polskiej, „że jeden jest bóg Kräpelin, a Bleuler jego prorok“ (jakkolwiek wysoko cenię obu, jako wybitnych klinicystów, którym sam osobiście wiele zawdzięczam) ponieważ doktryny ich są sprzeczne z doświadczeniem.

Psychjatrja oddawna dąży wytrwale do oparcia swej klasyfikacji na zasadzie przyczynowej. Dążenie, zdaje się, z założenia zawodne.

Logiczna zasada przyczynowości, o ile znajduje całkowite zastosowanie w dziedzinie zjawisk fizycznych, w dziedzinie biologicznej, a w szczególności w dziedzinie spraw psychicznych, nie zawsze znajduje potwierdzenie w doświadczeniu. Dwa podstawowe człony zasady: że te same przyczyny wywołują te same skutki, a różne przyczyny

skutki różne oraz, że, z ustaniem przyczyny, ustaje jej skutek, zawodzą w tych dziedzinach.

Doświadczenie uczy, że tam wszędzie, gdzie mamy do czynienia ze zjawiskiem życia, spotykamy się z faktem, że te same przyczyny wywołują skutki różne, a różne przyczyny skutki podobne oraz, że „sublata causa non tollitur effectus". Dzieje się tak dlatego, że jako spółczynnik przyczynowego łańcucha w zjawiskach biologicznych wchodzi zmienny czynnik życia, powodujący zmienność w oddzielnych ogniwach łańcucha i sprowadzający sprzeczność z zasadą przyczynowości. Stąd zawodność każdorazowej próby oparcia klasyfikacji psychjatrycznej na przyczynowej podstawie. Nie inny los czeka, zapewne, i próbę najnowszą: podziału chorób psychicznych na wewnątrz i zewnątrz pochodne. Już potrzeba wprowadzenia trzeciej kategorji, mieszanej, wskazuje na kruchość podstawy podziału. Dalej, pomijając, że na chorobę psychiczną składa się przeważnie niejedna przyczyna, lecz ich szereg, że przyczyna choroby bywa niejednokrotnie nam nieznana, że obserwacja pouczą nas, iż choroby pochodzące z tej smej przyczyny mogą różnie przebiegać, że objawy pozornie właściwe jakiejś jednej przyczynie zdarzają się w chorobie, wynikłej z innej przyczyny, podział na przyczyny wewnątrz i zewnątrz pochodne nie bierze pod uwagę zasadniczego czynnika psychjatrycznego: podłoża, na którem czynnik przyczynowy rozwija swą działalność, tj. usposobienia psychopatycznego, zwyrodnienia dziedzicznego i nabytego, które w każdym przypadku sprowadzi różne oddziałanie na działanie czynnika przyczynowego. Pozatem, podział czynników przyczynowych na zewnętrzne i wewnętrzne nie da się tak łatwo przeprowadzić, jak wydawało się to twórcom podziału. Trudno powiedzieć np. czy wydzielina wkrewna, jako przyczyna choroby psychicznej, jest wewnątrz czy zewnątrz pochodna, jeżeli, jak to wykazują badania spółczesne, charakter gruczołów o wydzielinie wewnętrznej musimy przypisywać nietylko narządom zewnętrznym w stosunku do układu nerwowego, lecz także i splotom naczyniastym, wyściółkom komór, glejowi, nawet ziarenkom barwikowym komórek nerwowych.

Całe zagadnienie przyczynowości w psychjatrji sprowadza się właściwie do stwierdzenia faktu istnienia dwóch czynników, powodujących powstawanie chorób psychicznych: dziedziczności i urazu, pozostających ze sobą w stosunku wzajemnym funkcji matematycznej. Wzrost jednego czynnika warunkuje zmniejszenie drugiego i odwrotnie, przy zwiększonem nasileniu drugiego,, wystarcza zmniejszone nasilenie pierwszego. Ciężkie obarczenie dziedziczne przy słabym urazie spowoduje powstanie choroby psychicznej, natomiast przy słabem obarcze-

niu dziedzicznem jest potrzebny silny uraz, ażeby wywołać skutek podobny. Jest to jedyne uogólnienie, które można wysnuć w tej sprawie z doświadczalnych faktów obserwacji psychjatrycznej.

W tym stanie rzeczy trudno opierać istotną klasyfikację psychjatryczną na czynniku przyczynowym.

Klasyfikacja, jeżeli ma być rzeczywista, t. j. ścisła i stała, musi wyrosnąć, jak w innych naukach, z własnego gruntu, a nie z zasady zapożyczonej z innej dziedziny wiedzy, jak w tym wypadku z logiki. Grunt pod klasyfikację psychjatryczną musi być urobiony naszemi własnemi psychjatrycznemi rękami. Psychjatrja jest nauką względnie młodą, przechodzi jeszcze okres „stawania się". Jest w tym stanie rozwoju, w którym znajdowała się astronomja przed Kopernikiem, a biologja przed Darwinem. Musi pracować i czekać cierpliwie aż przyjdzie ten, czy ci, co założą u jej podstawy zasadę równoznaczną z systemem słonecznym czy prawem rozwoju.

Do tego czasu musimy traktować każdą klasyfikację jako tymczasową, nie przypisywać żadnej znaczenia naukowego pewnika, brać każdą umownie, szukać w klasyfikacji ułatwienia i wygody, wybierać tą, która ze względów porządkowych będzie najodpowiedniejszą, bo oczywiście w psychjatrji, jak wszędzie, musi być jakiś porządek, chociażby tymczasowy. Ustalenie klasyfikacji, obowiązującej wszystkich, jest zadaniem Rządu na wniosek Zjazdu Psychjatrycznego.

Znaczenie klasyfikacji psychjatrycznej wogóle, wydaje mi się, jest przecenione. Ochrzczenie przypadku pewną nazwą, włożenie go do pewnej klasyfikacyjnej szufladki w psychjatrji przeważnie znaczy niewiele, znaczy mniej, niż w innych naukach lekarskich. Nie przesądza ani leczenia, ani rokowania, nie wystarcza nawet jako rozpoznanie. Określenie nazwy chorobowej sprawy jest właściwie dopiero punktem wyjścia rozpoznania. Przy badaniu nie można ograniczyć się do określenia samej tylko nozologicznej postaci. Należy w każdym przypadku uwydatnić jeszcze indywidualne rysy samego przypadku, odróżniające go od innych, podobnych. Nie dorywczy przekrój psychiczny, lecz obserwacja, zestawienie przekrojów w różnych okresach choroby, pozwoli wnioskować o rokowaniu, które będzie różne i uzależnione nietylko od samej chorobowej postaci, lecz także i od przebiegu choroby samej, od odporności jednostkowej, od szeregu czynników indywidualnych, które wszystkie powinny być wzięte pod uwagę przy stawianiu rokowania. Indywidualistyczne powinno być również i leczenie, przyczem leczenie chorych pracą, dostosowaną do indywidualnych warunków każdego chorego, wysuwa się na pierwszy plan w szeregu psychjatrycznych metod

leczniczych. Przy takiem ujęciu właściwie każda klasyfikacja może być pożyteczna, a to tembardziej, że porządek, w jakim kolejno postacie nozologiczne są omawiane na wykładach, jest określany nietylko przez powzięty z góry system klasyfikacyjny, lecz także, i to głównie, przez rozporządzalny w pewnej chwili materjał kliniczny, albowiem oczywiście pokazy chorych stanowią także i w psychjatrji zasadniczą metodę pedagogiczną.

Z rozważań powyższych wynika, że droga rozwoju psychjatrji idzie utartym szlakiem wiedzy przyrodniczej i biologicznej. Psychjatrja, podobnie jak psychologja, ma do czynienia z pewną postacią życia, z życiem psychicznem, i podlega z tego względu ogólnym biologicznym zasadom. Jest bardziej biologiczna niż inne dziedziny wiedzy lekarskiej. Sprawdzianem psychjatrycznym oceny psychopatologicznego zjawiska, jako objawu choroby psychicznej, jest fakt przystosowania postępowania do warunków środowiska, t. j. fakt biologiczny.

Psychjatrji obce są wszelkie aprioryczne doktryny, nie znajdujące potwierdzenia w doświadczeniu. Stanowisko psychjatry jest indywidualistyczne w rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu, a radykalny empiryzm wytyczną jego naukowej działalności. Jego dociekania nie mogą zamykać się w granicach ściśle psychologicznych. Powinien niezmordowanie doszukiwać się źródła zaburzeń psychicznych w zaburzeniach ustroju i mieć na myśli nietylko zmiany w mózgowiu, będące zawsze warunkiem zmian psychicznych, a nowsze badania nad architektoniką kory mózgowej dostarczają mu wdzięcznego pola pod tym względem, lecz powinien objąć swemi badaniami wszystkie narządy ustroju, wszystkie jego soki, wszystkie gruczoły wkrewne, którym powinien poświęcić uwagę szczególną i szukać w nich źródeł zaburzeń psychicznych. Nie zawsze jeszcze je tam znajdzie, lecz powinien ich tam szukać, bo tak nakazuje mu postępować przyrodniczy punkt widzenia, obowiązujący każdego psychjatrę.

Taka jest droga, którą chcę iść w mojej pracy profesorskiej i takie bezdroża, których chcę unikać.

Pod względem ogólnym chcę stwierdzić, że jestem zdecydowanym wrogiem bezwzględnego determinizmu. Słuszny w dziedzinie zjawisk fizycznych, nie odpowiada determinizm bezwzględny doświadczeniu w dziedzinie zjawisk biologicznych, do których zaliczam, jak zaznaczyłem powyżej, również i sprawy psychiczne. Jako przyrodnik nie mogę oczywiście być wyznawcą bezwzględnego indeterminizmu. Natomiast indeterminizm względny, to znaczy, że pewnym — nie wszyst-

kim — naszym czynnościom przypisujemy charakter dowolnych, t. j. uwarunkowanych wewnętrznie, niezależnych od czynników zewnętrznych, a nawet przeciwstawiających się tym czynnikom, kierowanych, wbrew przeszkodom wewnętrznym czy zewnętrznym, świadomością celu i dróg, wiodących do celu i doprowadzanych do celu, uważam za słuszny, bo odpowiadający doświadczeniu.

Uznając, że czynności psychiczne są uwarunkowane przez zjawiska fizjologiczne ustroju, w którym zachodzą, uważam, że pozbawieni wpływu bezpośredniego na budowę i czynności samego ustroju, możemy pośrednio, drogą wykonywania czynności, w myśl ogólnie biologicznej zasady „la fonction fait l'organe“ przeobrażać, kształtować, rozwijać narządy własne, możemy, jednem słowem, w pewnych granicach warunkować, determinować siebie samych. Dotyczy to wszystkich narządów ustroju, a więc i układu nerwowego, jego czynności, jako warunków fizjologicznych spraw psychicznych.

Granice tej autodeterminacji są znaczne i rosną w miarę postępującego rozwoju. Nasze zadania wychowawczo-lecznicze nie są zatem tak beznadziejne jak wskazywałaby to doktryna determinizmu.

Za szczytowy wyraz działalności psychicznej uważam postępowanie. Nie umniejszając wartości kartezjańskiej zasady racjonalizmu „cogito, ergo sum“, „myślę — więc jestem“, — nadbudowuję nad nią woluntarystyczną zasadę pragmatyzmu, któremu hołduję „ago, ergo, sum“, „czynię — więc jestem“.

Oto akt mojej wiary naukowej, który składam przed Wami, Łaskawi Koledzy, coście zechcieli mnie powołać na zaszczytne stanowisko profesora Uniwersytetu Stefana Batorego.

Prof. DR. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

LA VOIE ET LES DÉROUTES DE LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE.

Résumé.

Après avoir consacré quelques mots à la mémoire du prof. Mikulski, son prédecesseur à la chair de la psychiatrie à l'université de Wilno, l'auteur dépose sa confession scientifique et se déclare empiriciste radicale (James) ou phénoméniste (Renouvier), et considère l'introspection comme méthode principale de la psychiatrie, introspection exécutée par le malade lui-même. Après avoir critiqué la théorie associationiste et son application dans la psychiatrie, l'auteur critique les doctrines de Kraepelin et de Bleuler, comme non suffisement basées sur l'expérience et l'observation clinique et (par le même) trop doctrinaires, surtout la théorie de la schizophrénie, étendue par Bleuler presque à toutes les formes de psychoses à base non organique. L'auteur ne croit pas que le principe de causalité puisse constituer la base de la classification psychiatrique, car ce principe purement logique ne trouve pas d'application générale dans le domaine de la biologie, auquel appartient aussi la psychologie et la psychiatrie. La psychiatrie est une science récente et doit travailler patiemment jusqu'au moment où un principe tel que le système solaire dans l'astronomie ou la loi de l'évolution dans la biologie pourrait être pris comme base de sa classification (chaque science doit reposer sur sa propre base et non sur une base empruntée), comme le principe de la causalité emprunté à la logique. A la fin de son discours l'auteur se déclare indéterministe relatif et pragmatiste et supperpose à la dévise rationaliste „cogito, ergo sum“ — la dévise volontariste „ago ergo sum“.

ZABURZENIA DYNAMIZMU PSYCHICZNEGO I ICH INTERPRETACJA PSYCHOLOGICZNA.

E. MINKOWSKI, Paryż.

Często się słyszy, że psychologja — to rozdroże. Jest to słuszne i, w gruncie rzeczy, zrozumiałe. Psychologja, chcąc zgłębić tajemnicę duszy ludzkiej, ima się wszystkich środków badania, wypróbowanych uprzednio w innych dziedzinach wiedzy ludzkiej i dających rękojmię dopomożenia jej w tych usiłowaniach. Z tej racji psychologja trwa dotąd w poszukiwaniu dróg własnych.

Jeżeli jednak psychologja jest rozdrożem, jeszcze słuszniej powiedzieć to można o psychopatologji, która do trudnych zagadnień swej starszej siostrzycy zmuszona jest dołączyć i swoje własne. Ta okoliczność jednak nie sparaliżuje naszych usiłowań; może je raczej tylko ożywić, bo czyż zwyciężanie przeszkód nie jest celem wszełkiego wysiłku i celem całego życia? — Dla tego nie zrzekniemy się naszego zadania, ale stając na rozdrożu, poczuwamy się do tem większej ostrożności i przed obraniem którejkolwiek z dróg, tu się zbiegających, postaramy się przy każdej z nich postawić drogowskaz. Wszelka metoda, wszelka nauka biologiczna, filozoficzna lub inna może się stać pożyteczną w psychologji jak i w psychopatologji pod warunkiem, że utrzyma się we właściwych sobie granicach. Doświadczać i mierzyć możemy te tylko objawy życia ludzkiego, które się do tego nadają i które — powiedzmy bez wahania — zostały przez nas urobione w pewnej mierze dla tego właśnie rodzaju badań. Wiele objawów psychicznych, bynajmniej nie drugorzędnych, pozostanie, dzięki swojej naturze, poza obrębem tych badań. W gruncie rzeczy dzieje się to samo przy każdej innej metodzie. Kto o tem zapomina, bierze część za całość, a to czyni zawsze uczonego ograniczonym krótkowidzem, a wiedzę zubaża i pozbawia uroku. I dla tego wskazanem jest dla poruszonego zagadnienia określić już na wstępie kąt widzenia, pod jakim zamierzamy na nie spojrzeć.

Postaramy się uczynić to obecnie. Oto mamy wiekową schizofreniczkę, która od szeregu lat wykonuje bezustannie ten sam ruch stereotypowy. Ruch ten uderzająco jest podobny do ruchu szewca przy pracy. Stwierdzamy, że choroba rozpoczęła się w kilka miesięcy po

ciężkiem zmartwieniu. Chorą opuścił kochanek, szewc z zawodu (przypadek Junga). Pozornie oderwany ruch naszej chorej staje się odrazu zrozumiałym. Pojmujemy jego znaczenie: ruch ten jest dla nas odbiciem dalekiej przeszłości; w nim zawarta jest żywa treść. Psychologja uwzględniająca przedewszystkiem czynniki uczuciowe naszego życia tem się zadowalnia. Psychjatra, dopatrujący się stale organicznego podłoża, nie poprzestanie na tem. Taki kąt widzenia wyda mu się niedostatecznym. Uzna raczej tylko zaburzenia motoryczne w osobliwych ruchach naszej pacjentki. Szukać będzie dla nich wytłomaczenia anatomiczno - fizjologicznego. Przedstawiciele obu tych metod, odmiennych w ich zastosowaniu do badania danego objawu, jednocześnie mają i nie mają racji: mają rację w podkreślaniu istniejącego związku, nie mają zaś racji o ile ten związek uogólniają, wykluczając inne poglądy.

Nie chcemy tu rozstrzygać. Stoimy na rozdrożu i chodzi nam przedewszystkiem o słupy przydrożne. Z tego stanowiska możemy się prędko przekonać, że żadna z metod omawianych nie jest w stanie sama przez się wyczerpać badane przez nas zjawisko. Inne jeszcze drogi rozchodzą się z tego samego punktu. Kompleks uczuciowy nie objawia się u naszej pacjentki ani pod postacią marzenia ani pod postacią poszczególnego czynu symbolicznego. On uzewnętrznia się u chorej w sposób szczególny, to znaczy właśnie pod postacią ruchu stereotypowego, który już sam przez się nadaje osobowości pacjentki cechę wyraźnie schizofreniczną. Z drugiej zaś strony o ile chodzi o zaburzenie ruchowe, ruch stereotypowy nie krępuje ani postawy, ani ruchów dowolnych pacjentki, jakby to miało miejsce przy paraliżu, zesztywnieniu mięśniowem lub atetozie. Przeciwnie, ujawnia się on raczej jako zjawisko uboczne i niezależne od tamtych. Nie jest on wyłącznie zaburzeniem motorycznem, ale istnieje sam przez się i może jako taki służyć osobnikowi choremu za środek wyrażenia na zewnątrz swego ja. Schizofrenik, jak uczy doświadczenie, jest zdolny do poprawnego wykonywania ruchów .— Jeżeli więc takowych prawie nie spostrzegamy u naszej chorej, nie pochodzi to bynajmniej stąd, że jej ruchy stereotypowe powodują niemożność wykonywania tamtych, lecz raczej stąd, że jej aktywność pragmatyczna i popęd do ruchów celowych są w niej niejako zamarłe na zawsze. Tych okoliczności nie można bezkarnie pominąć ani przy objaśnieniu powyższych zjawisk afektem ani drogą anatomicznono-fizjologiczną. Ale czy objaśnienia te, zacierając — jak zresztą każda metoda — wiele odcieni, mogą wogóle takowe wyjaśnić? W każdym bądź razie nastręcza się tu jeszcze inny kąt widzenia. Nie wiążąc tego zjawiska z przesz-

łością uczuciową chorego, ani przypisując go ryczałtem zaburzeniom anatomiczno-fizjologicznym systemu nerwowego, możemy i powinniśmy nawet rozpatrzeć je w chwili teraźniejszej, w chwili jego powstania i w niem samem, starać się nadto o wyodrębnienie jego cech istotnych w stosunku do osobowości ludzkiej, wziętej jako całość. Jakkolwiek to może się wydać błahem, podkreślimy przedewszystkiem *jednostajność i jałowość* ruchu stereotypowego. Ruch ten w gruncie rzeczy ruchem nie jest, do żadnego celu realnego nie zamierza i jest ustawicznem rozpoczynaniem bez żadnego dążenia naprzód. Wieje z niego zimne tchnienie śmierci. Nasza chora nie umarła, skoro się porusza, ale też i nie żyje, ponieważ nie dąży naprzód. Ruch odbywa się prawidłowo, ale życie z niego uszło. Jest to dreptanie na miejscu. W ruchu tym jest *bezruch* i właściwie, nic pozatem. I w tym sensie ujmujemy go jako zaburzenie *dynamizmu życiowego*.

Teraz jasnem się staje, co rozumiemy pod pojęciem „dynamizm". On to organizuje pierwiastki, które składają się na życie nasze i tworzy z nich całość, która się rozwija, robi postępy, prze naprzód.

W fizyce też się traktuje o dynamice; przedmiotem jej jest stosunek sił do ruchu przez nie wywołanych. Jednakże, jak to trafnie wykazał Bergson, fizyka rozpatruje ruch tak, jak jej to dogadza: urabia go na własny sposób, rozkłada czas i przestrzeń na oddzielne części; ruch dla fizyka polega jedynie na fakcie, że dane ciało w chwili T znajduje się w punkcie A, zaś w punkcie B w chwili T + t. Pogląd powyższy wyklucza to, co stanowi samą istotę ruchu, mianowicie przejście z A do B. W samem założeniu niesie on w zarodku możność upodobnienia czasu do przestrzeni oraz utworzenia z niego za pomocą kolejnych abstrakcyj, czwartego wymiaru i unieruchomienia w ten sposób ruchu i świata.

Dla nas „dynamizm" odmienne ma znaczenie. Odpowiada on pojęciu pędu życiowego, pojęciu czasu w interpretacji filozoficznej Bergsona. Ruch stereotypowy jest w pojęciu fizyki ruchem i to o tyle, że odbywa się w przestrzeni; nie jest jednak ruchem z punktu widzenia życia, bo nie ma ani początku ani końca, ani przeszłości ani przyszłości i niema w nim „nowego w każdym momencie dziejowym" („du nouveau à chaque moment de l'histoire" Bergson); niema ani celowości, ani rozwoju, ani twórczości, bo jest on tylko jednostajnością i bezruchem. I to właśnie zdaje się być przedewszystkiem cechą tego objawu schizofrenicznego.

Zniewoleni zasadniczem przeciwstawieniem, ustalonem przez Bergsona, pomiędzy czasem i przestrzenią z jednej, intuicją i intelektem

z drugiej strony, przewidujemy już z powodu analizy ruchu stereotypowego, jakie usługi może nam to przeciwstawienie oddać. I pomimo jego pochodzenia filozoficznego, zapytamy, jaką możemy stąd odnieść korzyść w interpretacji faktów psycho-patologicznych.

Jeden z naszych schizofreników oświadcza, że mało przywiązuje wagi do pieniędzy, ponieważ *zajmują mało miejsca.* Nie uważa też za właściwe interesować się zwyżkami i zniżkami kursów na giełdzie, bo upatruje w tem zbyt wiele *ruchliwości,* przeciwnie zaś uwagę jego przykuwa projekt *rozszerzenia* Dworca kolejowego, o czem w tymże czasie pisze prasa. Tym sposobem zdradza on swoją niezdolność do przyswojenia sobie czegokolwiek, co stanowi ruch i życie oraz wykazuje równocześnie chorobliwe poddanie się czynnikowi natury czysto przestrzennej, kompensacyjnie udzielające się jego umysłowi. Wymiary przedmiotów stanowią tu o właściwej ich wartości, one też regulują zachowanie się chorego w stosunku do nich. W tem znaczeniu mówiłem o *geometryzmie chorobliwym.*

Te właściwości spotykamy u pacjenta od początku jego choroby. Wypisuje on na wielu stronnicach swój życiorys. Mówi w nim tylko o *przedmiotach;* osoby w grę tam nie wchodzą. Możnaby przypuszczać, że one nie istnieją dla niego. Jednocześnie czepia się rozpaczliwie wszystkiego, co jest stałem i niezmiennem w przyrodzie, starając się przytem, podporządkować świat cały prawom czystej geometrji. „Dręczony byłem“, — pisze — „z powodu sklepień kościelnych. Nie mogłem pogodzić się z myślą, aby cały ich ciężar spoczywał na wiązaniach i filarach, oraz na zworniku. Nie dowierzałem również cementowi między kamieniami ciosowemi, gdyż stanowi on dla nich zbyt wątłą podporę, łatwą do zmiażdżenia“. Biedził się też w dochodzeniach, czem się różni wrażenie, doznawane przy wkładaniu rąk do kieszeni wszytych prosto, lub ukośnie w płaszczu. Ażeby rozwiązać to zadanie wychodzi z założenia, że „w pierwszym wypadku tworzy się pewien związek równoległości pomiędzy rzeczami skrajnymi: ramionami i nogami“. Symetrya w tych warunkach staje się siłą faktu oznaką doskonałości dla niego. To też ma zwyczaj stawać nieruchomo przed lustrem, nogi blisko siebie, w poszukiwaniu dla ciała swego pozycji bezwzględnie symetrycznej i nieruchomej; w tym celu nawet wstrzymuje oddech na tak długo, jak tylko może. Na ulicy zdarza mu się być pod wrażeniem przechodzącej niewiasty. Wraca wtedy do domu, siada na krześle, krzyżuje ramiona, przyjmuje pozę symetryczną i rozmyśla. Stara się rozwiązać problemat, dlaczego ciało kobiety robi specjalne wrażenie na mężczyźnie. Ponieważ ma nadzieję, że wszystko będzie sprowadzone do

matematyki, nawet wrażenia płci, rozmyślania jego idą w tym kiedunku. Dochodzi do postawienia kwestji, czy najwyższym stopniem piękna nie byłby kulisty kształt ciała, jako że kula jest formą doskonałą.

Myśl jego posługuje się czynnikami przestrzennymi, niezdolna do asymilowania postępu i czasu rozwija się ona w przestrzeni; dochodzi do unicestwienia wszelkiego ruchu, do przestrzennego zobrazowania wszelkiej zmiany i odmiany, każdego „przeżytego trwania". Przewiduje on opuszczenie Sanatorjum i perspektywa tej zmiany czyni go niezdecydowanym i niepewnym. Oto po jokiej linii idzie myśl jego: „Przypuszczam, że stąd pójdę. Jednak trzeba koniecznie, abym zawsze miał wrażenie, że nadal tu pozostaję i w tym celu potrzebuję czegoś, coby unaoczniało mój pobyt tutaj". — Opuszczając tedy dom zdrowia,, pacjent zabiera ze sobą wszystkie puste butelki i pudełka od lekarstw, zażywanych w czasie jego tam pobytu. Układa je w skrzynie i przechowuje starannie, żeby mieć *dowody* swego przebywania w domu zdrowia, oraz wrażenie, że się w nim nadal znajduje. W danym razie flaszki i pudełka stają się dla chorego symbolami i to *symbolami przestrzennymi* (jeśli nam wolno tak się wyrazić), bardzo różnymi od symbolów uczuciowych, o których nas pouczyła psycho-analiza. Rola pierwszych jest zupełnie inna. Służyć mają one przedewszystkiem do usunięcia wszystkiego, co ma związek z czasem, do wprowadze maximum bezruchu w życie, bezruchu, do którego zniewolony jest dążyć nasz pacjent z powodu charakterystycznej luki w jego psychice.

„Szukam bezruchu" — powiada — „dążę do spoczynku i unieruchomienia. Posiadam też skłonności do unieruchomienia życia koło siebie. Dla tego lubię przedmioty nieruchome: skrzynie, zasuwy, rzeczy, które zawsze są na jednem i tem samem miejscu i nie zmieniają się nigdy. Kamień jest nieruchomy, ziemia zaś się rusza, przeto nie wzbudza ona we mnie żadnego zaufania. Przywiązuję wagę tylko do przedmiotów stałych. Pociąg przechodzi przez nasyp, a więc pociąg nie istnieje dla mnie — chcę tylko położyć nasyp".

„Przeszłość — to otchłań. Przyszłość — to góra. I dla tego powziąłem myśl ustanowienia dnia—buforu między przeszłością a przyszłością. Przez cały taki dzień staram się nic nie robić, dlatego kiedyś w ciągu całej doby nie oddawałem uryny".

„Chciałbym przywołać swoje wrażenia z przed piętnastu laty, spowodować przypływ czasu minionego, umrzeć z temi samemi wrażeniami, z jakiemi przyszedłem na świat, krążyć, żeby się nie oddalać od podstawy, nie dać się wyrwać z korzeniem".

Ten osobliwy światopogląd i wpływający stąd krańcowy statyzm — nie jest bynajmniej stanem wyjątkowym u schizofreników, ale prawie objawem stałym. Zebrałem wiele przykładów tego zjawiska w poprzednich swoich pracach[1]. Ostatnio jeden z naszych chorych — „geometra" (przypadek stosunkowo lekki) — pisał nam po wyjeździe na letnisko, że nie może zżyć się z nową miejscowością i nie ma poczucia, że istotnie tam się znajduje. Przypisuje winę biegowi pociągu, który według niego był zbyt pośpieszny, aby umożliwić to zżycie się. Zresztą o ile gdzieś chwilowo przebywa, wyobraża sobie, że już wyjechał i dlatego nie wynosi stamtąd wyraźnego poczucia, że zmienił miejsce pobytu, i że bierze udział w otaczającem go życiu. Tenże sam chory chętnie przechowuje flaszki od lekarstw oraz stare recepty, ażeby mieć ślad widoczny po rzeczach minionych. Z uporem usiłuje ustalić rozkład czasu co do minuty i ma żal do życia, że mu się ono wymyka nieustannie z rubryk tego martwego zakrzepłego schematu. Jest gniewny, że któregoś dnia czuje się bardzo dobrze, kiedy według jego przewidywań powinienby czuć zmęczenie. „To nie ma sensu" — powiada. Czepiając się dalej tego, co jest przestrzennem w czasie (bezwzględnej wartości dat), nie może przypuścić, żeby jakaś znaczna zmiana zajść mogła w nim poza pierwszym dniem miesiąca, a szczególnie poza Nowym Rokiem. Podobnie wyżej wymieniony chory za żadną cenę nie chciał rozpoczynać leczenia w listopadzie, bo w tych warunkach „leczenie znalazłoby się na krawędzi obu lat i byłoby przez to rozerwane".

Tu przypomnimy, że Dide i Guiraud w podręczniku swoim zaznaczają, że u chorych dotkniętych obłędem wczesnym (czyli u naszych schizofreników) niektóre przyimki o znaczeniu czasowem, jak np. *kiedy, gdy,* — zastępowane bywają przyimkami miejsca, jak „gdzie", np. „wyjdę, *gdzie* godzina wybije ku wyjściu".

Dr. Robin opowiada o jednym schizofreniku, że strzelał z rewolweru do swego zegarka, żeby — jak mawiał — „czas uśmiercić".

Zanik dynamizmu życiowego, objawiający się zarówno w ruchach i mimice jako też w myślach i czynach pacjentów, zdaje się stanowić główną cechę schizofrenji. Zanik ten stanowi cechę istotną objawów schizofrenicznych. Czynniki życiowe, pozbawione swego podłoża swoistego, mającego je połączyć w czasie i stworzyć z nich łańcuch ciągły i ruchliwy, stają się niejako oderwane od siebie i zatracają więź wzajemną. Wspólne ich granice nie falują, ale biegną w prostej linji, jakby ostrem narzędziem przecięte. Zamiast się wzajemnie prze-

[1]) E. Minkowski. „La notion du contact vital avec la Réalité et ses applications en psychopathologie." Thèse de Paris. 1926.

nikać, przeciwstawiają się sobie wzajemnie. Dla tego też schizofrenik potrafi z osobliwą łatwością rozszczepić i wyłączyć całe gromady czynników życiowych, które — w rzeczywistości — dzięki właściwej im naturze, powinny pozostawać w związku z całością. Na schizofreników nie działa oddźwięk najbliższej przeszłości, który potężnie odzywa się w każdej chwili naszego istnienia i sprawia, że wszelkie stany duszy noszą w sobie ślad wzruszeniowy poprzednich stanów. Schizofrenik zastępuje samorzutne porywy rozumowaniem — i dochodzi w końcu do tego, że dobrze się czuje tylko w bezwzględnej przestrzeni i absolutnym racjonaliźmie. Nie brak mu właściwych pierwiastków życiowych, ale brak mu rzeczy najistotniejszej — brak mu życia. „Wyjąwszy rozum", — mawiał jeden z naszych schizofreników świadom swego stanu — „wszystko we mnie jest w bezładzie zupełnym. Istnieję cieleśnie, ale nie mam ***żadnego wewnętrznego poczucia bytowania. Nie odczuwam przeżyć.*** Ten brak odczucia zastępuję ***rozumowaniem.*** Dlatego też trafnie rozumuję ale tylko ***w absolucie,*** bo utraciłem wszelki kontakt z życiem".

Zgadzamy się tedy z wywodami Dide'a i Guiraud'a, gdy twierdzą że „cechą obłędu wczesnego (dementia praecox) jest całkowite i przedwczesne ***zapadnięcie się źródeł instynktownych życia duchowego",*** albo, że „osłabienie ***pędu życiowego*** oraz uczuciowości stanowi czynnik konieczny i dostateczny dla charakterystyki tej choroby". My jednak ujmujemy określenie „dementia praecox" w zakresie o wiele szerszym aniżeli to czynią Dide i Guiraud i wyznaczamy mu granice, nakreślone przez Bleulera, pod nazwą schizofrenji.

Najlepszym środkiem dla uwydatnienia głównych cech danej grupy zjawisk jest porównanie. To nas skłoniło do porównania z naszego punktu widzenia schizofrenji z otępieniem umysłowem. Przytem daliśmy pierwszeństwo późniejszym okresom obu tych procesów chorobowych, a to w przeciwieństwie do utrzymującej się wciąż skłonności oznaczania wszystkich bez różnicy stanów upadku (otępienia) mianem „demencji", które to miano obejmuje tym sposobem stany całkiem z punktu wdzienia psychopatologicznego odmienne.

Posługując się orjentacją w przestrzeni jako środkiem porównawczym, rozważmy różnice, które na tym punkcie zachodzą między schizofrenikami a chorymi, dotkniętymi porażeniem postępującem (p.p.)

Badanie kliniczne stwierdza dezorjentację, jeśli osobnik chory nie potrafi dokładnie nazwać miejsca, w którem przebywa, albo jeżeli na postawione w tej sprawie pytanie odpowie: „nie wiem", albo w końcu da określenie błędne lub niedostateczne. Badanie kliniczne poucza

nas w ten sposób, że chorzy na porażenie postępujące w okresach późniejszych tej choroby, w przeciwieństwie do schizofreników nie mogą się zorjentować w czasie i w przestrzeni. W istocie jednak sprawa jest bardziej złożona i z badań zaburzenia orjentacji możemy zebrać o wiele więcej danych, aniżeli to potrafi uczynić badanie kliniczne.

W orjentacji przestrzennej człowieka normalnego działają czynniki conajmniej dwóch odmiennych kategoryj. Czynniki kategorji statycznej umieszczają przedmioty we wzajemnem ich ustosunkowaniu w przestrzeni geometrycznej, w której wszystko jest w bezruchu, jest względne i odwracalne. Ale my nie przypatrujemy się jedynie przestrzeni, znajdując się poza nią i, zadając sobie jako cel — oznaczenie stosunku geometrycznego wszechrzeczy. *Żyjemy* jeszcze w przestrzeni i nasze ja czynne stawia co chwila zasadnicze pojęcie: „ja—tu—teraz“ i czyni zeń punkt absolutny — prawdziwe centrum świata. W życiu normalnem te czynniki wzajemnie się przenikają. Nasze wiadomości oraz obrazy pamięciowe gromadzą się około naszego podstawowego „ja — tu — teraz“ i dają nam możność powiedzenia w sposób pragmatyczny, stosownie do danych okoliczności: „Jestem teraz w Paryżu, albo w Anglji, albo w moim gabinecie“.

Chory na porażenie postępujące (na p.p.), który doszedł do okresu otępienia, na pytanie: „Gdzie Pan jest?“ — odpowiada: „Tu“. Nalegamy: „Ależ gdzie tu?“. Chory uderza nogą o podłogę żeby wskazać miejsce, na którem stoi, albo wskazuje na nie palcem, albo ruchem ręki pokazuje pokój, w którym się znajduje. „Przecież tu“, — powiada i wydaje się nawet być podrażnionym naszem natręctwem. Podobne oddziaływania często się spotyka u chorych na p.p.; skłaniamy się nawet do oświadczenia, że stanowią one ich cechę charakterystyczną.

Schizofrenik natomiast *wie* doskonale, gdzie się znajduje; tymczasem, ileż razy oświadcza, że się nie czuje być na tem miejscu, gdzie faktycznie jest; że się nie czuje być w ciele swojem, że słowo „istnieje“ nie jest dla niego pojęciem wyraźnem. Ileż to razy, będąc pozbawiony orjentacji pragmatycznej i z tej racji uwolniony niejako od obowiązku ścisłego wyrażania się, daje odpowiedzi wprawdzie ściśle pod względem geometrycznym, które jednak gubią się w nieokreśłności oderwanego pojęcia przestrzeni i przeto nie mają wartości. Zapytany, gdzie studjował medycynę, schizofrenik jeden odpowiada: „Koło Marsylji“, a gdy mu mówimy: „To znaczy, w samej Marsylji bo tam właśnie jest wydział medyczny“, odpowiada w tenże sam sposób: „Tak, w tamtych stronach“. A jeśli go kto zapyta o drogę do danego punktu, schizofrenik, nie troszcząc się o potrzebę danej chwili, zamiast wymienić dwa

punkty bliskie poszukiwanej miejscowości, wskaże nieraz na dwa odległe. Jakkolwiek w takiej odpowiedzi błędu niema, jest ona jednak bez wartości dla przechodnia. Wreszcie, jeśli dla rozrywki będzie chciał nauczyć się z książki jakiegoś ustępu na pamięć, obojętnem mu będzie, czy uczyni to we właściwym porządku, czy też wstecznym.

Zaburzenia wywołane przez porażenie postępujące dotyczą przedewszystkiem czynników statycznych orjentacji przestrzennej, gdy tymczasem ośródek dynamiczny takowej, czyli owe: „ja tu — teraz" — pozostaje nadal nietknięte i czynne. U schizofreników sprawa przedstawia się odwrotnie.

Ten sam ośrodek dynamiczny objawia się w sposób podobny, ale bardziej ekstenzywny we wcześniejszych okresach porażenia postępującego. Na pytanie: „Skąd Pan przybywa?", paralityk odpowie: „Stamtąd gdzie byłem przedtem". Jeśli zapytamy: „Gdzie Pan jest?", — odpowie: „Tam, gdzie już od jakiegoś czasu przebywam.", albo też: „Tam, gdzie się dziś rano ubierałem", albo w końcu: „w domu, gdzie mnie umieszczono". Nie mogąc już w ojrentacji przestrzennej posługiwać się czynnikami pamięciowymi chory na p.p. jest w niej zdezorjentowany w zwykłem znaczeniu tego słowa, jednakże rusztowania dynamiczne dla zmiany miejsca, wyrażające się w formule: miejsce X przedtem, miejsce Y teraz, — jest tu nietknięte i nie przestaje działać.

Odnajdujemy podobne cechy w innych jeszcze objawach spostrzeganych u chorych na p.p. Niektóre tylko przytoczymy.

Chory opowiada nam poprawnie, w porządku chronologicznym, co robił w czasie wojny, ale już nie wie, kiedy się wojna zaczęła, ani kiedy się skończyła. Pozostała więc pamięć o następstwie pewnej grupy przeżyć, ale zanikła zdolność ujęcia ich w stałe ramy lat, miesięcy i tygodni, t. j. w trwanie, przystosowane do przestrzeni i wymierne.

Obraz przestrzenny trwania zaciera się więc u chorych na p.p. Pozbawione ścisłych ram przeżycia rozsnuwają się swobodnie. Nie mają granic i dzięki swej nadmiernej ruchliwości porywają całą psychikę osobnika. W psychice tych chorych istnieje, zda się, li tylko *bezpośrednie* następstwo czasu wraz z nadmierną jego penetracją i szybkością. W ich opowiadaniu zdumiewająco często powtarzają się takie wyrażenia jak: *za chwilkę, zaraz, przed chwilą, niedawno.* Opowiadają też o samochodach, które pędzą z szybkością ośmiuset kilometrów na godzinę, o podróżach do Ameryki, odbytych w pięć minut. Dynamizm ten ogarnia całą istotę, przepełnia ją, zaciera granice między nią a wszechświatem, przekształca ją wraz ze światem otaczającym w jeden falujący ocean. Chory przejawia te stany w sposób plastyczny przez

swoje powszechnie znane urojenia wielkości, przez swe wspaniałe i fantastyczne projekty, do których wprowadza całe otoczenie i któremi ogarnia wszechświat. Jakiż to kontrast z bezruchem schizofreników!

U chorych na otępienie starcze, jak na to wskazuje badanie, spostrzegamy tę samą dezorjentację co do czasu i przestrzeni oraz podobne zaburzenia pamięci jak u chorych na p. p. Określamy ten stan u jednych i u drugich jako osłabienie umysłowe i przez to podkreślamy podobieństwo, zachodzące między nimi. To podobieństwo odnosi się litylko do ujawniającego się w obu chorobach deficytu. Jednakże po tem, cośmy powiedzieli, nie możemy poprzestać na braniu w rachubę samej tylko sprawy deficytu. Chcielibyśmy ponadto wiedzieć, *co pozostaje nietkniętem* u naszych pacjentów i co stanowi przewodni czynnik w ich objawach psychicznych. Zapytany o miejsce, gdzie się znajduje, chory na otępienie starcze odpowie tak, jak i chory na p.p.: „Tu“, albo: „tam, gdzie obecnie mieszkam“, albo wskaże na pokój, w którym przebywa. Owe: „ja — tu — teraz “ pozostaje więc nietknięte i czynne, jak u chorego na p.p. Jednak zachowanie się pierwszych różni się pod pewnymi względami od tegoż u drugich. Pierwsi nie snują szalonych projektów i nie dochodzą do szczebla dynamizmu, obserwowanego u drugich. Zamiast urojeń wielkościowych spotykamy, przynajmniej w formie prostszej czyli w najczystszym typie otępienia starczego, obfitość fabulacyj i błędnych twierdzeń, które zresztą wydają się być zupełnie zgodne z ogólnem zachowaniem się tych chorych i ujawniają jeden z najbardziej charakterystycznych rysów ich psychizmu.

Istnieje zgodność uznawania fabulacji jako mechanizmu uzupełniającego, przyczem zwykle się dodaje, że tacy chorzy, chcąc zapełnić lukę, powstałą skutkiem zaniku pamięci, fabułują, ażeby wogóle *cośkolwiek* powiedzieć i dlatego opowiadają *byle co.* Ale, badając ten objaw bliżej, widzimy, że te fabulacje podlegają stałym regułom i że mają swoistą *strukturę wewnętrzną.* Zachowując swój charakter dynamiczny, uzupłniający mechanizm u chorych na otępienie starcze różni się od tegoż u chorych na p.p.

Pewna chora na otępienie starcze z własnego popędu opowiada nam codzień w czasie wizyty o tem, co się zrana jakoby stało. Np. między innemi opowiada nam, że syn ją odwiedził i szczegółowo powtarza swoją z nim rozmowę. Według niej zaledwie przed pięciu minutami miał stąd wyjść (wszystko to jest zmyślone). Następnie nam mówi, że wkrótce, nawet zaraz, po południu przeprowadzi się do siedziby, którą dla niej budują. Właśnie niedawno zwiedziła to mieszkanie ze swoją siostrzenicą. Przeszłość i przyszłość *bezpośrednia* odgrywają wielką

rolę w bajaniach chorej. Jednakże nie wyczuwamy tu takiego rozpętania dynamizmu, jak u chorego na p.p. w okresie szału chorobowego. Nie ma tego odmętu faktów i projektów, który bez względu na określony czas i na przestrzeń nieustannie i bezpośrednio porywa wszystko po drodze ku przyszłości. Chory na otępienie starcze nie opowie nam, że idzie na wyścigi w Longchamp i zaraz potem przedsięweźmie podróż naokoło świata, ani że wysadzi w powietrze wszystkie wyspy oceanu, a następnie sięgnie po księżyc i wsadzi go w szklankę. Na zapytanie: „Co pan robisz" nie odpowie nam: „Robię projekty i czekam na wypadki", jak to się zdarza u paralityka, który doszedł do okresu demencji i stał się wskutek tego niezdolnym do wypełnienia jakiemikolwiek obrazami pozostałego mu czystego dynamizmu — tej jedynej osnowy w zanikającem życiu duchowem. Zdawałoby się, że u otępiałego starca jakiś tłumik przygłusza ten dynamizm, że jakiś balast zwalnia jego rytm i pochód jego naprzód. Nasza dementka fabuluje zarówno o przeszłości jak i o przyszłości, *przeplata* nawet wciąż w swoich wynurzeniach oba te czasy. Wywołuje to pewne wrażenie stałości*). To syn mówił jej dziś rano, że ona zaraz wyjedzie. Zrana był tu, aby ją przywitać, dziś wieczór pójdzie z nim na obiad. Zresztą on zaraz tu wróci.

Nadto zasada następstwa *bezpośredniego* często robi miejsce u naszej pacjentki następstwu *okresowemu,* jakie się w życiu naszem przejawia jako następstwo dni, tygodni i miesięcy. Raz chora powiada, że wyjeżdża zaraz, to znowu, że za *dwa dni.* Mówi nam też, że *w zeszłym tygodniu* pojechała w swoje strony, aby wynaleść dla siebie siedzibę; w zmyśleniach swoich używa wyrazów „wczoraj, onegdaj, jutro, pojutrze" — spontanicznie. Ale co najbardziej u naszej pacjentki łagodzi pierwotny dynamizm, to ta ustawiczna skłonność do wprowadzenia i podkreślania *ciągłości* lub *powtarzania się faktów,* już to prawdziwych, już zmyślonych. Ta to skłonność właśnie jest w gruncie rzeczy istotną podstawą tak częstych u niej błędnych rozpoznawań i przyczyną przeceniania okresów trwania wydarzeń do niej się odnoszących, oraz nawiązywania wydarzeń chwili obecnej do przeszłości odległej. We dwa tygodnie po wstąpieniu do zakładu nasza chora powiada, że jest tu już od dziesięciu miesięcy. — Umieszczamy ją w innym pokoju; nazajutrz powiada, że już od dwóch tygodni w nim mieszka. Robimy

*) Oczywiście, nie chcemy przez to powiedzieć żeby nasza pacjentka codziennie powtarzała te same zmyślenia. Przeciwnie, są one w najwyższym stopniu urozmaicone. Jednak w każdem widać tę samą budowę wewnętrzną, która wskutek cech przez nas wskazanych zdaje się bardziej obciążoną czynnikami statycznymi aniżeli dynamizm paralityków.

w jej obecności notatki; nazajutrz powiada nam, że już *wiele razy* widziała, jak w ten sposób pisaliśmy, „i tu, i tam, także przedtem". Opowiada nam, że już *dwa razy* dała synowi znaczną sumę w czasie jego porannych odwiedzin. Mówi również, że *codziennie* w ostatnich czasach wychodziła na mszę. (W rzeczywistości ani syna nie widziała ani z zakładu nie wychodziła). Wkrótce obejmie znowu siedzibę, w której przebywała *przez czas długi.* Znajdzie tam tę samą odźwierną, która zersztą z jej stron pochodzi, również jak i młodszą, która służyła u chorej przez lat dwanaście. Co do mnie, to zna mnie conajmniej od dwóch lat; może mnie też widziała na dawnem swojem miejscu zamieszkania; w każdym razie widziała mnie i tu i gdzieindziej'. W tym tygodniu była w swoich stronach i widziała ojca (w rzeczywistości ojciec jej od dawna nie żyje).

Ślady pamięciowe zanikły zarówno u otępiałego starca jak i u paralityka. Jednak w psychizmie pierwszego „przeszłość" jako forma pusta bardziej ów psychizm krępuje niż u drugiego. To też chory na otępienie starcze stara się tę pustą formę zapełnić na nowo, czy to wprowadzając w nią teraźniejszość (błędne rozpoznawanie), czy też wypełniając ją wytworami wyobraźni. Poza następstwem bezpośredniem, zwróconem ku przyszłości, struktura wewnętrzna jego przejawów psycho-patologicznych ukonstytuowana jest na zasadach *okresowości, powtórzenia i ciągłości w czasie;* zasady te łagodzą szalony pęd czystego dynamizmu.

Nie możemy mówić o bezruchu u chorych na otępienie starcze, tak jak to czyniliśmy u schizofreników, boć pierwsi ani myślą, ani żyją w przestrzeni jak ostatni, ale żyją w czasie. A jednak w ich strukturze objawowej jest—w porównaniu do chorych na p.p.—jakby pewien balast. Balst ten jest utworzony, jak to już zaznaczyliśmy, przez czynniki ciągłości i powtarzania, które się stale u tych chorych pojawiają poprzez nadmierną zmienność treści wytworów wyobrażeniowych. Istnieje więcej przerw wolnych, więcej rozciągłości, więcej przestrzeni w czasie u chorych na otępienie starcze aniżeli u paralityków.

Jeżeli teraz dla porównania spróbujemy pokrótce scharakteryzować postawę podnieconych manjakalnie, możemy powiedzieć, że w przeciwieństwie do paralityków i otępiatych starców — manjacy, choć zachowują ślady mnemoniczne i są w stanie wprowadzać pojęcie przerw wymiernych w czasie, żyją przedewszystkiem — ażeby nie powiedzieć jedynie — *chwilą obecną.* Wpływ jaki wywierają każdej chwili na myśli manjaków pobudki przygodne, pochodzące z zewnątrz, jest tego dostatecznym dowodem. W niewyczerpanym potoku słów teraź-

niejszość panuje również. Znajdują się oni w zetknięciu z otoczeniem obecnej chwili i to właśnie skrępowanie teraźniejszością stanowi rys charakterystyczny ich psychiki chorobowej.

To skrępowanie objawia się niekiedy przez oddziaływania, które w pozornej swej banalności nie przykuwają uwagi nie mniej jednak powinny nas interesować. Zapytujemy chorą — manjaczkę — o jej rodzinę. Nie będąc w tej chwili podnieconą, opowiada prawidłowo na pytanie. Dowiadujemy się tedy, że kiedy zawierali małżeństwo, mąż chorej zamieszkiwał na północy, że po wojnie wolał zamieszkiwać na południu i że tam w dalszym ciągu prowadził swój interes. „Czy jest zadowolony?" zapytujemy. Z toku tej rozmowy widać, że przez powyższe pytanie rozumieliśmy, czy mąż chorej zadowolony jest z rozwoju interesów od chwili zamieszkania na południu, co miało miejsce już przed kilku laty. — Na to pytanie jednak nasza pacjentka odpowiada: „Kiedy, *teraz?* Nic o tem nie wiem". Teraźniejszość naszego pytania, które obejmowało cały okres miniony, przeobraziła się w odpowiedzi naszej chorej w teraźniejszość danego momentu. Rozmawiamy z inną chorą o jej rodzinie, rozpytujemy o wiek, miejsce zamieszkania, zawód członków rodziny. Tą drogą nawiązujemy rozmowę o córce naszej chorej, zapytując: „Co ona robi?" To pytanie, w toku rozmowy mogło tylko znaczyć: „Jakim jest jej zawód?". Chora nam odpowiada: „Kiedy, *w tej chwili?;* nie mogę wam odpowiedzieć".

Te ostatnie uwagi mają na razie tylko wartość pobieżnych uwag. Poruszone zagadnienia niniejszej pracy wymagają badań bardziej pogłębionych. Mamy nadzieję powrócić do nich w przyszłości. Na teraz zależało nam głównie na wskazaniu nowej drogi, otwierającej się na rozdrożach psychopatologji i na odsłonięcie rąbka zasłony, która dziś nieomal w całości pokrywa jeszcze problemat powstania i wewnętrznej budowy przejawów psychopatycznych.

Tłomaczył z oryginału J. Gawroński.

TROUBLES DU DYNAMISME MENTAL ET LEUR INTERPRÉTATION PSYCHOLOGIQUE.

Par E. MINKOWSKI.

Des méthodes différentes viennent s'entrecroiser dans le domaine de la psychopatologie. Chacune d'elles peut nous aider à mieux comprendre les manifestations de l'aliénation mentale. Il devient de nos jours indispensable de réserver aux notions Bergsoniennes la place qui leur revient en psychopathologie.

Bergson oppose l'intuition à l'intelligence. L'intelligence a pour objet le solide inorganisé, le discontinu, l'immobile; elle se sent à son aise dans l'espace. L'intuition, par contre, embrasse tout ce qui a trait au mouvement, au progrès, a la vie, au temps — elle se rapporte à tous les facteurs irrationnels du devenir.

Jadis, la psychiatrie se contentait de désigner tous les états de déchéance mentale du nom de „démence". Actuellement elle cherche à différencier de plus en plus ces états. Le processus schizophrénique est venu ainsi s'opposer à l'affaiblissement intellectuel. Les notions de Bergson sont susceptibles de préciser cette opposition.

C'est le dynamisme mental qui fléchit avant tout chez les schizophrènes, tandis que tout ce qui a trait au savoir, aux facteurs rationnels du psychisme reste intact. De là cette rigidité particulière qui caractérise toutes leurs réactions, de là aussi l'impossibilté d'intégrer les éléments se rapportant à l'organisation et à la progression de la vie dans le temps. Chez certains schizophrènes, ce fléchissement du dynamisme mental est accompagné d'une véritable hypertrophie des facteurs spatiaux et rationels de la pensée. Il semble permis de parler dans ces cas de rationalisme et de géometrisme morbides.

Les troubles observés au cours de l'affaiblissement intellectuel sont exactement l'inverse de ceux constatés chez les schizophrènes. Les notions de succession immédiate de vitesse, de mouvement, d'avenir servent de base aux manifestations psychiques des paralytiques généraux. Mais les souvenirs s'effacent et le dynamisme mental, libéré ainsi de ses lieus naturels, envahit tout le psychisme et s'exprime à l'aide d'idées délirantes de grandeur, connues de tous. Chez les

paralytiques généraux moins avancés, la notion du „moi — ici — maintenant", véritable pivot du moi agissant, reste intacte, tandis que les souvenirs concernant les rapports des choses dans l'espace défaillent. Les schizophrènes, par contre, ***savent*** où ils sont, mais prétendent ne pas ***se sentir*** à l'endroit où ils se trouvent.

Cette manière d'envisager les phénomènes psychopathologiques se laisse étendre encore davantage. Chez les déments séniles nous trouvons une désorietatnion et des troubles de la mémoire comparables à ceux des paralityques généraux; de même les facteurs se rapportant à la succesion immédiate jouent un grand rôle dans leur psychisme; mais à côtè, dans leurs fabulations, interviennent en plus les notions de continuité, de périodicté, de succession médiate, de réitération, ce qui confère à leurs productions psychiques une teinte particulière qui n'existe pas chez les paralitiques généraux.

Le psychisme des maniaques semble, lui, être dominé entièrement par la notion du présent.

La méthode employée pourra fournir avec le temps des données plus précises encore concernant la structure intime des divers troubles mentaux.

Krajowy Zakład Psychjatr. Dziekanka. Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

ZASADY ORGANIZACJI SPRAW PSYCHJATRYCZN.

Referat dla VII Zjazdu Psychjatrów Polsk. w Kocborowie, d. 4. 5. 6. czerwca 1927 przygotował AL. PIOTROWSKI.

Psychicznie chory zajmuje w społeczeństwie i w życiu publicznem osobne miejsce, co znalazło wyraz w ustawodawstwie tak karnem jak cywilnem i społecznem. Jednostkom psychotycznym przyznaje się względy, które nie przysługują osobom zdrowym i stawia się im zarazem ograniczenia, jakich nie doznaje obywatel, posiadający pełnię praw obywatelskich. W swojej niemocy psychicznej chory zależny jest od ludzi dobrej woli, którzy się nim opiekują. Opieka nad psychicznie chorymi nie wszędzie jest należycie zorganizowana. Rozumnie, praktycznie i wszechstronnie ujęta na Zachodzie, przedstawia tam instytucję postawioną na mocnych fundamentach, wzniesionych przez naukę i długoletnie doświadczenie. W ustawach i przepisach zagranicznych, dotyczących opieki nad psychicznie chorymi, znajdujemy obfite źródła, z których czerpać możemy i wybierać wskazówki odpowiednie dla naszych potrzeb.[1])

Temat, o którym mowa, był często przedmiotem dyskusji publicznych i rozważań piśmienniczych wśród licznych fachowców, znakomitych uczonych i praktyków.

Przed wojną pojawiła się książka prof. Schultze'go z Gryfji[2]), w której autor omówił krytycznie sprawę opieki nad psychicznie chorymi w Niemczech, zwrócił uwagę na braki i niedomagania, jakie w ciągu lat się wyłoniły i postawił cały szereg, przekonywującymi argumentami popartych postulatów, zdążających do udoskonalenia odnośnych urządzeń.

Ponieważ zasady organizacji spraw psychjatrycznych na ziemiach Polski zachodniej są analogiczne z temi, które przedstawia w swojej książce prof. Schultze, przeto wywody uczonego dadzą się

1). Al. Piotrowski: Spostrzeżenia psychjatryczne zagranicą. Nowiny Psychjatryczne 1925, IV.

2). Schultze E. Prof. Dr.: „Das Irrenrecht". — Leipzig und Wien. Franz Deudicke. 1912.

w zupełności zastosować do stosunków tutejszych. Kreśląc następujące uwagi, korzystałem z materjału zawartego w dziele Schultze'go. Uwagi te pozostawiają na uboczu ustępy prawa karnego i cywilnego oraz przepisy ustawodawstwa socjalnego, odnoszące się do osób psychicznie chorych, a uwzględniają tylko kryterja dotyczące spraw czysto psychjatrycznych: mianowicie opieki nad psychicznie chorymi.

W Polsce opieka nad psychicznie chorymi nie jest jednolicie uregulowana. Regulacja taka jest koniecznie potrzebna. Sprawy psychjatryczne mogą być uregulowane drogą ustawodawstwa, albo drogą rozporządzeń administracyjnych. Ponieważ opracowanie i uchwalenie przez Sejm odpowiedniej ustawy psychjatrycznej wymaga wiele czasu, a sprawa nie cierpi żadnej zwłoki, pozatem ponieważ brak doświadczenia na terenie ustawodawstwa psychjatrycznego i wiadomości psychjatrycznych, teoretycznych i praktycznych u czynników ustawodawczych nie rokuje pomyślnie co do praktycznej wartości ustawy psychjatrycznej, przeto w naszych warunkach zaleca się uregulować sprawy psychjatryczne drogą rozporządzeń administracyjnych. Miałoby to tę stronę dobrą, że uporządkowanie spraw psychjatrycznych nastąpiłoby w krótszym czasie. Należy przytem mieć na uwadze, że rozporządzenia administracyjne, które okażą się jako nieodpowiednie i niepraktyczne, każdej chwili mogą być cofnięte i zastąpione nowemi, odpowiedniejszemi rozporządzeniami. Jest to moment bardzo ważny, bo doświadczenia zebrane z praktyki rozporządzeń administracyjnych mogą wpłynąć w dodatni sposób na powstanie i rozwój późniejszego ustawodawstwa psychjatrycznego. Ustawa, choć błędna w założeniu, treści i formie, z konieczności obowiązuje zawsze przez długie lata i może być zmieniona, poprawiona i uzupełniona dopiero uchwałą Sejmu, a do takiej uchwały nie dochodzi się w tempie przyśpieszonem. Zarządzenia administracyjne, które okażą się z biegiem czasu jako praktyczne, celowe i pożyteczne, mogą później, gdy stan rzeczy będzie tego wymagał, uchwałą Sejmu nabyć formę ustawy.

*

Najważniejszą treść spraw psychjatrycznych stanowi postulat, ażeby każdemu psychicznie choremu zapewnić możliwie szybko odpowiednią i skuteczną opiekę. Wszelkie przepisy powinny nosić charakter dobrodziejstwa. Decydującym przytem powinien być lekarski punkt widzenia.

Współpraca prawników przy stwarzaniu odpowiednich regulaminów jest potrzebna i pożądana.

Jeżeli państwo ma się w całej rozciągłości wywiązać z tego zadania, musi ustanowić osobny urząd kompetentny w sprawach psychjatrycznych.[1]) Bez urzędu centralnego dla spraw psychjatrycznych jednolite przeprowadzenie opieki nad psychicznie chorymi jest bardzo trudne. Tylko osobny urząd daje gwarancję planowego, konsekwentnego i celowego rozwoju spraw psychjatrycznych i tylko przez centralny urząd psychjatryczny państwo może wykonywać dostateczny i dobroczynny nadzór nad zakładami psychjatrycznymi wszelkiego rodzaju. Na czele urzędu powinien stać teoretycznie wykształcony i praktycznie doświadczony psychjatra ze względu na to, że zadania urzędu są natury czysto psychjatrycznej. Rozumie się, że prawnik jako doradca w sprawach formalnych (i prawnych) zawsze będzie cennym współpracownikiem.

Zadania urzędu centralnego są tak ważne, tak wielorakie i tak liczne, że nie wystarczy zatrudnić psychjatry ubocznie. Tu jest koniecznie potrzebna siła pełna, wolna od innych zajęć.

Do obowiązków centralnego urzędu należałoby w pierwszym rzędzie wykonywanie nadzoru nad wszystkimi zakładami psychjatrycznymi, tak publicznymi jak prywatnymi. Dalej w zakres kompetencji tego urzędu wchodziłoby wydawanie koncesji na zakładanie prywatnych zakładów psychjatrycznych. Obowiązkiem urzędu byłaby rewizja planów budowlanych i regulaminów wewnętrznej służby zakładowej, rewizja zakładów pod względem psychjatrycznym, higjenicznym i administracyjnym. Z powodu bliskiego kontaktu z zakładami psychjatrycznymi urząd miałby sposobność poznać cechy dodatnie i ujemne urządzeń psychjatrycznych i mógłby przeprowadzać ulepszenia. Pod nadzorem tego urzędu znajdowaliby się także wszyscy inni chorzy psychicznie, którzy nie są umieszczeni w zakładach psychjatrycznych. Urząd ten czuwałby także nad zdrowiem psychicznem społeczeństwa, pilnując rozwoju profilaktyki psychjatrycznej. Urząd zastępowałby sprawy psychjatryczne w Sejmie, informowałby w prasie społeczeństwo o stanie opieki nad psychicznie chorymi.

Centralny urząd powinien mieć prawo do wydania zarządzenia, że w celach leczniczych wolno zakładom psychjatrycznym przyjmować psychicznie chorych bez żadnych formalności. Przy Urzędzie centralnym warto ustanowić inspektora generalnego, któryby regularnie w pewnych terminach zwiedzał i rewidował zakłady psychjatryczne. W miarę zwiększenia się liczby zakładów psychjatrycznych możnaby inspektorowi generalnemu dodać do pomocy psychjatrów krajowych. Pozatem

---

1). Al. Piotrowski: O potrzebie ustanowienia urzędu psychjatrycznego. Nowiny Psychjatryczne. 1924, zeszyt 8-my.

osobna komisja rewizyjna, w której skład wszedłby szef Centralnego Urzędu Psychjatrycznego (a w jego zastępstwie generalny inspektor wzgl. psychjatra krajowy, pozatem decernent — prawnik i decernent — budowniczy), stanowiłaby ważny czynnik opieki nad psychicznie chorymi. W ten sposób w komisji rewizyjnej zastąpiony byłby element laików przez osoby z wyższemi kwalifikacjami, zdolne do zaopinjowania o służbie i o urządzeniach zakładowych ze stanowiska formalno-administracyjnego i rzeczowo-budowlanego. Rewizje powinny odbywać się niespodzianie w pewnych terminach w ciągu roku i obejmować książkowość, dokumenty pacjentów; Komisja przyjmowałaby petycje i zażalenia od chorych i od personału i miałaby sposobność wypowiedzenia się na podstawie kart szpitalnych i własnych spostrzeżeń, czy ten lub ów chory, proszący o zwolnienie z zakładu, może być natychmiast wypisany, itp. Że rewizorzy muszą się znać na rzeczy i nie traktować trudnej sprawy ze stanowiska laików, jest jasnem. Do oceny osobowości psychopatologicznej trzeba także posiadać gruntowne wykształcenie i doświadczenie psychologiczne i psychjatryczne. Wtedy ocena w każdym przypadku będzie trafna w 90—95%, a błędna w 5—10%.

Gdyby o sprawach psychjatrycznych mieli decydować laicy bez wykształcenia i doświadczenia fachowego, wtedy ocena w każdym przypadku byłaby błędna w 95%, a trafna tylko w 5%. W konsekwencji i komisje rewidujące fabryki i ich urządzenia techniczne, jak kotły parowe, maszyny zapędowe, dynamo, itp., musiałyby składać się z laików a nie z fachowców. Z pewnością nikt dzisiaj na to się nie zgodzi.

Fachowcem psychjatrycznym nie jest bezwzględnie każdy lekarz praktyczny, lecz taki lekarz, który się może wykazać kilkoletnim wykształceniem i doświadczeniem psychjatrycznem. Tylko wtedy, gdy na odpowiednie stanowiska będą wybierane odpowiednie osoby, opieka nad psychicznie chorymi będzie dostatecznie zagwarantowana. Tej gwarancji wymaga wielo- i różnorakość zadań opieki nad psychicznie chorymi.

*

Instytut opieki nad psychicznie chorymi obejmuje w pierwszym rzędzie opiekę zakładową. Istnieją dwa typy zakładów psychjatrycznych: zakłady publiczne i zakłady prywatne. Jasno i wyraźnie sformułowane przepisy winny przeto obowiązywać przy przyjmowaniu i przy zwalnianiu chorych. Przy przyjmowaniu chorego do zakładu psychjatrycznego uwzględnia się okoliczność, czy chorego przyjmuje się na obserwację, czy też na kurację lub pielęgnowanie.

Wobec pacjenta przebywającego w zakładzie odgrywa ważną rolę problem dozorowania: 1) pod względem higjenicznym i sanitarno-policyjnym, 2) pod względem prawnym, przyczem wyłaniają się różne kwestje, jak sprawa pozbawienia wolności obywatelskiej, dalej sprawa ubezwłasnowolnienia, kwestja obrony praw osobistych pacjenta. Na osobnem miejscu stoją chorzy kryminalni i t. zw. dobrowolni kuracjusze. Jedni i drudzy potrzebują nieraz koniecznie opieki zakładowej. Jako wskazane miejsce opieki występuje w pierwszym rzędzie zakład publiczny.

Chodzi tu o zakład przeznaczony dla ludności cywilnej, a nie dla osób wojskowych

Publicznych zakładów (państwowych i krajowych) jest w Polsce 11, mogących pomieścić około 10.000 chorych. Liczba miejsc w publicznych zakładach jest zatem niewystarczająca dla państwa liczącego prawie 30 miljonów mieszkańców. Zakłady publiczne przeznaczone są w zasadzie dla pacjentów ubogich.

Ponieważ państwo obarczone jest całym szeregiem świadczeń publicznych, których nie może złożyć na inne barki, przeto opieka nad psychicznie chorymi, przynajmniej pod względem technicznym i organizacyjnym, a szczególnie pod względem finansowym, obarczyłaby państwo jeszcze więcej. Dlatego zaleca się opiekę nad psychicznie chorymi rozłożyć na samorządy wojewódzkie pod kontrolą państwa.

W obecnych warunkach zalecałoby się budować zakłady psychjatryczne, w których leczyłoby się ostre psychozy i pielęgnowało się równocześnie chroników, oligofreników i epileptyków. Pozatem potrzebny jest koniecznie przynajmniej jeden zakład, przeznaczony specjalnie dla alkoholików. W interesie chorych i społeczeństwa leży, ażeby psychicznie chory, potrzebujący opieki zakładowej, mógł każdego czasu bezpośrednio być przyjęty do zakładu. Jeżeli chory z powodu trudności, związanych z umieszczeniem go w zakładzie, musi dłuższy czas czekać na przyjęcie, może się zdarzyć, że choroba jego pogorszy się w znacznym stopniu, albo, że chory wyzdrowieje, nim jego przyjęcie do zakładu będzie możliwe.

Tam gdzie niema zakładów psychjatrycznych, a potrzeba ich daje się dotkliwie odczuwać, jest obowiązkiem państwa wybudować zakład, albo zmusić te czynniki, które są zobowiązane do wybudowania zakładu, ażeby to uczyniły. Jeżeli wielka liczba i jakość zakładów psychjatrycznych jest miarą kultury państwa, to można z większą pewnością powiedzieć, że ilość niezajętych miejsc w zakładach świadczy o troskliwej i przewidującej opiece nad psychicznie chorymi.

Zakład powinien być zbudowany na terenie, posiadającym wszelkie dane higjeniczne i powinien być postawiony w pobliżu miasta z dobrą komunikacją.

Na czele zakładu psychjatrycznego musi stać dyrektor lekarz-psychjatra, któremu powinna podlegać cała administracja. Ustanowienie równorzędnego dyrektora-administratora nie jest racjonalne ze względów ekonomicznych, technicznych i praktycznych. W dzisiejszych zakładach psychjatrycznych, w których psychicznie chorzy bywają zatrudnieni w różnych miejscach i różnemi robotami, przechodzą z jednego miejsca na drugie, gdzie strona administracyjna ściśle związana jest z czynnością leczniczą, kierownictwo powinno spoczywać w jednem ręku, t. j. w ręku dyrektora-lekarza. Dyrektor powinien być doświadczonym lekarzem, który przed objęciem kierownictwa zakładu może wykazać się kilko a nawet kilkonastoletnią praktyką w zakładzie psychjatrycznym. Dyrektor powinien mieć do swojej pomocy psychjatryczno-lekarskiej odpowiednią liczbę doświadczonych lekarzy na posadach samodzielnych i odpowiedzialnych, tj. lekarzy-prymarjuszy, pozatem lekarzy-ordynatorów i asystentów podległych prymarjuszom.

Nie mniej ważnym czynnikiem doskonałej opieki zakładowej dla psychicznie chorych jest doborowy, sumienny, w szkołach fachowych dostatecznie przygotowany personał pielęgniarski. Trzeba stworzyć stan pielęgniarzy psychjatrycznych. Personał ten bezpośrednio podlega lekarzom.

W braku psychjatrycznego zakładu publicznego może oddać znaczne usługi zakład prywatny. Zakładem prywatnym jest każdy zakład psychjatryczny, nie będący własnością państwa albo kraju i nie zarządzany przez państwo wzgl. kraj. Zakład prywatny nadaje się więcej dla pacjentów pochodzących ze sfer zamożniejszych. Takim chorym może zakład prywatny dać komfort, którego niema w zakładzie publicznym, przeznaczonym dla pacjentów ubogich.

Na otwarcie prywatnego zakładu psychjatrycznego potrzebna jest koncesja, t. j. zezwolenie władzy (Centralnego Urzędu Psychjatrycznego). Na czele prywatnego zakładu psychjatrycznego powinien koniecznie stać doświadczony psychjatra.

Podczas gdy zakład prywatny może sobie dobierać pacjentów i odmówić przyjęcia takim chorym, którzy mu są niewygodni, to zakład publiczny musi przyjąć każdego chorego, potrzebującego koniecznie opieki zakładowej i pochodzącego z odnośnego okręgu.

Dla niektórych pacjentów zakład publiczny jest nawet w pierwszej linji przeznaczony jako miejsce przejściowego pobytu. Dotyczy

to przeważnie osób przekazanych do zakładu przez sądy albo przez władze administracyjne pod obserwację psychjatryczną celem ustalenia poczytalności wzgl. niepoczytalności albo celem ubezwłasnowolnienia przekazanego. Umieszczenie takich pacjentów w zakładzie ma przeważnie charakter przymusowy. Tu należałoby rozstrzygnąć kwestję, czy zakład psychjatryczny jest obowiązany przyjąć pacjenta przekazanego na obserwację. W każdym razie w podobnym przypadku nie może być mowy o bezprawnem internowaniu chorego. W przypadku, gdzie wchodzą w grę interesy opieki społecznej, jak zabezpieczenie na starość, ubezpieczenie od niedołęstwa, choroby i wypadku, lekarz zakładowy nie ma prawa przetrzymywać na obserwacji pacjenta wbrew jego woli, tak samo i w sprawach dyscyplinarnych, albowiem brak przepisów odpowiednich, na podstawie których możnaby zmusić takiego pacjenta do pozostania pod obserwacją psychjatryczną.

Większość chorych znajduje pomieszczenie w zakładach psychjatrycznych w celach leczniczych, t. j. z przesłanek lekarskich. Tymczasem niefachowcy zapatrują się na umieszczenie chorego w zakładzie ze stanowiska pozbawienia obywatela wolności osobistej. Chodzi więc o to, który z dwóch poglądów zasługuje w pierwszym rzędzie na uwzględnienie. Doświadczenie uczy nas, że widoki leczenia są tem pomyślniejsze, im prędzej chory dostanie się do zakładu. Cały szereg pacjentów bywa umieszczany w zakładzie z opóźnieniem, gdy wyrządzili już sobie albo innym szkodę niepowetowaną.

Z uwag tych wynika, że w przedmiocie umieszczenia psychicznie chorego w zakładzie psychjatrycznym miarodajnym być powinien lekarski punkt widzenia. Inaczej bowiem psychjatra byłby tylko pomocnikiem policyjnym. Rozumie się, że każdy psychicznie chory powinien doznawać jaknajtroskliwszej opieki i nie powinien być narażony na przykrości i szkody, nie powinien też przymusowo przebywać w zakładzie psychjatrycznym, jeżeli opieka zakładowa nie jest koniecznie potrzebna.

Z drugiej strony przyjęcie do zakładu psychjatrycznego powinno być ułatwione, a nie utrudnione uciążliwemi formalnościami.

Najważniejszym powodem do umieszczenia kogokolwiek w zakładzie psychjatrycznym jest zaburzenie psychiczne. Zaburzenie psychiczne przedstawia odmienny od normalnego stan psychiczny, stan chorobowy. Atoli nie każdy psychicznie chory potrzebuje koniecznie opieki zakładowej. Należy rozróżnić, czy opieka zakładowa w danym przypadku jest koniecznie potrzebna, czy tylko wskazana wzgl. pożą-

dana. Jako kryterjum konieczności opieki zakładowej należałoby uważać pomieszanie, szał i stany lękowe z dążeniem do samobójstwa.

Często umieszczenie chorego w zakładzie musi nastąpić z przyczyn zewnętrznych, jak: niepomyślne warunki życia domowego i złe warunki materjalne. Komu środki pozwalają, ten może leczyć się w domu, o ile znajdzie tam stosowne leczenie i odpowiednią opiekę i pielęgnację. Natomiast osoba samotna znajdzie staranniejszą opiekę w zakładzie niż u siebie.

Przyczyny umieszczenia chorego w zakładzie są zatem wielorakie i różnorodne, tak pod względem kwalitatywnym jak i kwantytatywnym; nie można wszystkich możliwości wyszczególnić w przepisach. Dlatego musi wystarczyć wskaźnik ogólny, że tylko ci chorzy powinni być umieszczeni w zakładzie psychjatrycznym, którzy w zakładzie znajdą dogodne warunki leczenia i pielęgnacji oraz bezpieczeństwo dla własnej osoby.

Kto zagraża bezpieczeństwu drugich w jakikolwiek sposób, powinien być unieszkodliwionym; jeżeli szkodzi przez swą chorobę psychiczną, powinien być umieszczony w zakładzie psychjatrycznym w interesie własnym i w interesie ogólnym. Nie należy z internowaniem zwlekać do chwili aż chory stanie się niebezpiecznym dla otoczenia, gdy zdarzy się nieszczęście, np. gdy chory popełni zabójstwo, gdy usiłował popełnić samobójstwo, gdy przetrwoni majątek swój i rodziny itp. Takiemu nieszczęściu należy zapobiedz przez wczesne umieszczenie chorego w zakładzie. Przy tej sposobności okazuje się potrzeba współdziałania doświadczonego psychjatry, który na podstawie swojej wiedzy i znajomości życia może właściwie ocenić stopień zachorzenia psychicznego i zadecydować, czy internowanie chorego jest w danej chwili koniecznie potrzebne czy nie. Wielu chorych np. nie przedstawia niebezpieczeństwa dla otoczenia, a jednak z powodu osobliwej natury zachorzenia potrzebują leczenia w zakładzie.

Więcej niebezpieczni od chorych psychicznie są naogół wenerycy, albo chorzy cierpiący na choroby zakaźne, a jednak zważa się mało na niebezpieczeństwo, grożące otoczeniu ze strony tych chorych. Dlatego zalecałoby się nie podkreślać zbyt dobitnie tego momentu, albowiem na pierwszem miejscu powinna stać potrzeba leczenia choroby, nie zaś konieczność internowania ze względu na niebezpieczeństwo.

Umieszczeniu psychicznie chorego w zakładzie psychjatrycznym z powodu dążności samobójczych pacjenta sprzeciwia się opinja wychodząc z założenia, że dążności samobójcze nie są przestępstwem karalnem. Stanowisko to jest błędne, bo identyfikuje zakład psychjatryczny

z domem karnym. Tymczasem psychicznie chora osoba o dążnościach samobójczych, z powodu swojej choroby psychicznej nie wie co robi i nie jest odpowiedzialna za szkodę, którą wyrządza sobie, własnej rodzinie i społeczeństwu. Ilustruje to przykład następujący, gdzie ojciec licznej rodziny w stanie uleczalnej choroby psychicznej popełnił samobójstwo i zostawił w nędzy rodzinę, która stała się ciężarem dla społeczeństwa. W zakładzie psychjatrycznym pacjent byłby przyszedł do zdrowia i byłby mógł na rodzinę pracować i zarabiać.

Psychicznie chory, który z powodu swojej choroby zaniedbuje się i zanieczyszcza, który nie przyjmuje pokarmu itp., powinien pozostać w zakładzie psychjatrycznym pod opieką lekarską.

Jeżeli obywatela psychicznie zdrowego, który ma prawo do chorowania na ciele, nie można pod żadnym pretekstem zmusić do leczenia się, to zupełnie inaczej przedstawia się rzecz z chorym psychicznie, który sam dysponować nie może. Wolno narzucić mu leczenie wbrew jego woli w jego własnym interesie i w interesie ogólnym.

Leczenie psychicznie chorych jest pierwszem i najgłówniejszem zadaniem praktyki zakładowej.

*

Ze stanowiska lekarskiego przyjęcie chorego do zakładu nie powinno być uzależnione od zobowiązania do opłacania kosztów, tak samo jak nie należy zwalniać niewyleczonego chorego li tylko z tego powodu, że opłata za niego nie została uiszczona. Koszty za chorych ubogich powinny ponosić większe związki społeczne, zdolne do świadczeń materjalnych. Wtedy rodziny ubogich będą wcześniej umieszczać swoich chorych w zakładzie.

Do umieszczenia psychicznie chorego w zakładzie jest przedewszystkiem potrzebne świadectwo lekarskie.

W zasadzie winno wystarczyć świadectwo jednego lekarza, który stwierdził istnienie choroby psychicznej oraz potrzebę opieki zakładowej. Żądanie świadectwa lekarza — urzędnika wzgl. lekarza powiatowego powoduje nowe trudności.

Od dnia wystawienia atestu lekarskiego do chwili umieszczenia chorego w zakładzie nie powinno upłynąć więcej czasu niż dwa tygodnie. Ponieważ chory z powodu swoich zaburzeń psychicznych nie może działać samodzielnie, przeto inna osoba musi się zająć sprawami chorego, a więc musi wystarać się o świadectwo lekarskie, jako też wystosować odpowiedni wniosek o przyjęcie chorego do zakładu. Do czynności tych są upoważnieni w pierwszym rzędzie bliżsi i dalsi krewni, wreszcie inne osoby uprawnione.

Ze względów praktycznych zalecałoby się powiększyć szereg osób, które byłyby uprawnione do stawiania wniosków o przyjęcie psychicznie chorego do zakładu, mianowicie jeżeli chory żyje samotnie i nie ma żadnych krewnych.

Oprócz policji i władz administracyjnych powinni mieć takie prawo najbliżsi przyjaciele chorego, gospodarz, u którego chory zamieszkuje, pracodawca lub przełożony, i to bez nakładania na nich obowiązku do ponoszenia kosztów za chorego Tak samo związki komunalne, kasy chorych i inne instytucje społeczne, zobowiązane do świadczeń społecznych powinny mieć prawo wnioskodawcy wobec zakładu psychjatrycznego. Byłoby wskazanem, aby dla opuszczonego, samotnego chorego, umieszczonego w zakładzie, kompetentny sąd na wniosek prokuratora niezwłocznie wyznaczył choremu dla wszystkich jego spraw majątkowych i osobistych prawnego zastępcę, który byłby łącznikiem między chorym a światem zewnętrznym.

Nie należy umieszczać psychicznie chorego w zakładzie psychjatrycznym pod przymusem, t. j. na zarządzenie policji albo władzy administracyjnej, o ile się rodzina temu sprzeciwia i oświadcza, że postara się o należytą opiekę dla chorego.

Wspominając o roli policji, wzgl. władzy administracyjnej, jako wnioskodawcy, należy poruszyć także moment współdziałania władzy przy umieszczeniu chorego w zakładzie. O przyjęciu psychicznie chorej osoby do zakładu powinien zasadniczo decydować dyrektor zakładu, który przecież jest najlepszym rzeczoznawcą w tych sprawach, nie zaś urzędnik - laik.

Zdarzyć się bowiem może, że urzędnik niepsychjatra nie zgodzi się na umieszczenie w zakładzie psychicznie chorego, potrzebującego opieki zakładowej, bo niefachowiec nie może się tak dobrze orjentować w tej materji, jak doświadczony psychjatra. Jeżeli będzie chciał postępować racjonalnie, będzie się w każdym przypadku informował u psychjatry.

Współdziałanie władz przy umieszczeniu psychicznie chorego w zakładzie jest tylko wyrazem nieufności do psychjatrów.

Wskutek działania władz i z powodu uciążliwych formalności umieszczenie chorego w zakładzie opóźnia się znacznie. Dlatego praktyka przyjmowania psychicznie chorych do zakładu psychjatrycznego rozwinęła się w tym kierunku, że dyrektor zakładu, któremu z reguły wolno przyjmować w nagłych przypadkach chorych bez formalności powyżej wspomnianych — a większość przypadków należy do nagłych — praktycznie rzecz biorąc, decyduje o przyjęciu chorych.

Stanowisko i charakter urzędowy dyrektora zakładu powinno dawać dostateczną gwarancję prawidłowego postępowania przy przyjęciu psychicznie chorego do zakładu. Przecież na oddziały psychjatryczne przy szpitalach w większych miastach przyjmuje się psychicznie chorych bez żadnych formalności.

Tak samo przyjęcie psychicznie chorego do kliniki psychjatrycznej nie powinno być uzależnione od wypełnienia uciążliwych formalności.

Choremu nie powinien towarzyszyć do zakładu umundurowany policjant.

*

Również i zwolnienie chorego z zakładu jest zależne od wypełnienia różnych formalności. Chorego, znajdującego się na obserwacji psychjatrycznej, zwalnia się po jej ukończeniu. Należy go zwolnić także i wtedy, gdy czasokres przeznaczony na obserwację minął, a obserwacja nie została ukończona. Jeżeli obserwacja wykazała, że pacjent cierpi na chorobę psychiczną i potrzebuje koniecznie opieki zakładowej, wtedy należy wypełnić te same formalności jak przy przyjęciu chorego na kurację.

Wypisanie z zakładu pacjenta znajdującego się na leczeniu musi nastąpić, jeżeli pacjent wyzdrowiał. Rozumie się, że chodzi tu przedewszystkiem o wyzdrowienie w znaczeniu socjalnem, nie zaś w sensie klinicznym. Przytem trzeba mieć na uwadze moment, czy pacjenta należy wypisać w chwili, gdy ustąpiły objawy chorobowe, czy też później — w okresie rekonwalescencji.

Dysymulacja nie jest dowodem zdrowia psychicznego. Należy wystrzegać się przedwczesnego wypisania chorego, gdy nie jest jeszcze zrównoważony. Natomiast można przyśpieszyć zwolnienie pacjenta, gdy czekają na niego lepsze warunki bytowania. O tem może decydować tylko doświadczony psychjatra.

W niektórych przypadkach zaleca się zwolnić pacjenta z zakładu już wtedy, gdy nastąpiło pewne polepszenie, o ile są widoki, że w otoczeniu rodzinnem wyzdrowienie nastąpi prędzej niż w zakładzie. Pacjent może także być zwolniony, jeżeli nie potrzebuje koniecznie opieki zakładowej. Natomiast, jeżeli okoliczności przemawiają za tem, że chory przyjdzie prędzej do zdrowia w zakładzie niż w niepomyślnych warunkach rodzinnych, to przetrzymanie go w zakładzie staje się pożądanem. O stosunkach rodzinnych pacjenta najlepiej poinformuje policja.

W przypadkach, w których leczenie w zakładzie jest pożądane dla chorego, a rodzina domaga się wypisania pacjenta z zakładu wbrew sprzeciwom lekarskim, zaleca się zwolnić pacjenta za rewersem, t. zn.

rodzina podpisuje oświadczenie, w którem obowiązuje się do opiekowania się chorym i do czuwania nad nim.

O tem, czy chory nadaje się do zwolnienia z zakładu, może decydować tylko lekarz zakładowy-psychjatra, który chorego zna dokładnie.

Do żądania wypisania z zakładu ma prawo chory, następnie wszystkie te osoby, które mają też prawo do wniosku o przyjęcie chorego do zakładu, a więc: bliższa i dalsza rodzina, prawny zastępca, opiekun, przyjaciel, przełożony, gospodarz. Że władza nadzorcza albo ta władza, która zarządziła internowanie, ma prawo żądać zwolnienia pacjenta, nie ulega wątpliwości.

Pacjent, który wyzdrowiał z ostrej psychozy, a który ma skłonności antysocjalne, po zwolnieniu z zakładu nie jest więcej przedmiotem troski psychjatrycznej. Natomiast, o ile nie jest zupełnie zdrowy, a przytem niebezpieczny, wtedy należy donieść władzy policyjnej o zwolnieniu, a raczej należy zwolnienie takiego chorego uzależnić od zgody władzy policyjnej. W sprawach sądowo - karnych zwolnienie pacjenta może nastąpić tylko w porozumieniu z władzą. Pacjenta - ozdrowieńca, który z własnej woli pragnie pozostać w zakładzie, ażeby w spokoju dojść do zupełnego zdrowia, nie powinno wydalać się z zakładu, o ile zapłata za niego jest zapewniona. Tak samo nie powinno się pod przymusem zwalniać pacjenta, nie potrzebującego wprawdzie opieki zakładowej, ale jeżeli jego stosunki rodzinne nie są pomyślne.

Krótko mówiąc, zwolnić trzeba pacjenta, jeżeli wyzdrowiał, o ile nie chce pozostać w zakładzie z własnej woli jako dobrowolny kuracjusz. Można zwolnić pacjenta niewyleczonego, o ile tenże nie potrzebuje opieki zakładowej. Należy go zwolnić, jeżeli on sam albo osoba uprawniona tego żąda. Pacjent, potrzebujący jeszcze opieki zakładowej może być zwolniony tylko wtedy, gdy jego umieszczenie poza zakładem jest zapewnione i gdy władza się zgodzi. Na wniosek władzy przełożonej pacjent musi być zwolniony.

Wypisanie chorego z zakładu nie stanowi trudności, jeżeli chory ma być przeprowadzony do innego zakładu; wystarczy tu odpowiednie zaświadczenie dyrektora, że chory z powodu choroby psychicznej potrzebuje dalszego leczenia w zakładzie psychjatrycznym.

W przypadkach wątpliwych zaleca się pacjenta urlopować na pewien czas, ewtl. zwolnić go na próbę.

Jeżeli chory niebezpieczny opuścił zakład samowolnie (nie należy używać wyrazu „uciekł” wzgl. „zbiegł” bo zakład psychjatryczny nie jest zakładem detencyjnym wzgl. więzieniem, lecz jest szpitalem),

trzeba o tem powiadomić władze policyjne. Chorego, który nie wrócił po prawnie ustalonym terminie, wypisuje się.

Każdy chory umieszczony w zakładzie psychjatrycznym ma prawo i możność (i powinien je mieć) stawiania wniosków o zwolnienie, a zakład musi ułatwić choremu stawienie takiego wniosku i przedłożyć go odnośnej władzy, inaczej dyrektor naraża się na karę.

Każde zażalenie chorego, skierowane do władzy, powinno bezwzględnie być odesłane do władzy.

Najwłaściwszym opiekunem chorego pod względem prawno-formalnym jest prokurator, pod względem opieki rzeczowej, lekarskiej — najdoświadczeńszym znawcą jest psychjatra zakładowy.

Umieszczenie chorego w zakładzie psychjatrycznym może pod względem formalno-prawnym być zakwestjonowane nawet wtedy, gdy władza (ewtl. Urząd Centralny Psychjatryczny) zatwierdziła potrzebę leczenia chorego w zakładzie. Wtedy pacjent zawsze jeszcze ma możność wniesienia skargi do sądu o pozbawienie go wolności. Zażalenie chorego o nieprawne przetrzymanie w zakładzie winien rozpatrywać sąd po przesłuchaniu dwóch psychjatrów, w tem psychjatry zakładu, w którym petent przebywa.

O każdym chorym, przyjętym do zakładu, donosi się (przynajmniej w b. zaborze pruskim) [1]) niezwłocznie prokuratorowi; chodzi tu tylko o formalną stronę, o ochronę interesów chorego, umieszczonego przymusowo w zakładzie i nie ma to żadnego związku z ustawą karną. Uwiadamia się prokuratora dlatego, gdyż niema innego urzędu odpowiedniego. Gdyby istniał Urząd Centralny dla spraw psychjatrycznych, wtedy meldowanie chorego w prokuraturze byłoby zbytecznem.

Wymienione formalności bylyby niepotrzebne, gdyby psychicznie chorych przyjmowano do zakładów psychjatrycznych i zwalniano na tych samych warunkach, które istnieją w szpitalach ogólnych.

O przyjęciu i zwolnieniu chorego, znajdującego się w wieku poborowym, donosi się także okręgowemu P. K. U.

Każdy chory, przebywający w zakładzie, ma prawo swobodnej korespondencji. Jednakowoż korespondencja może być szkodliwą dla chorego czy to pod względem zdrowotnym, czy pod wzgl. socjalnym. Wtedy lekarz zakładowy powinien mieć nietylko prawo, ale nawet obowiązek kontrolowania korespondencji pacjenta. W każdym razie należy

---

1). Al. Piotrowski: Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim. — Pamiętnik I-go Zjazdu Psychjatrów Polskich. Warszawa. 1921, oraz

Al. Piotrowski: Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim. Nowiny Psychjatryczne. 1926, II.

ekspedjować wszelkie zażalenia chorego do władz jako też korespondencje do jego prawnego zastępcy.

Listów, przedmiotów wartościowych, akt, które chory ma przy sobie, nie wolno wydawać nikomu, nawet władzom, bo inaczej lekarz zakładowy, który wydał własność chorego bez poprzedniego porozumienia się z nim, może być pociągnięty do odpowiedzialności za szkodę powstałą dla chorego z tego powodu.

System odwiedzania chorych przez rodziny i znajomych powinien się opierać na najdalej posuniętej liberalności, ponieważ leży w interesie zakładu, ażeby społeczeństwo przekonało się naocznie o życiu zakładowem. To jednak nie przeszkadza wstrzymać odwiedziny, gdy się okażą szkodliwe dla chorego. Odwiedzanie podsądnych jakoteż korespondowanie z nimi jest dopuszczalne tylko za zgodą sędziego śledczego. Jeżeli chory zachoruje na cierpienie chirurgiczne, można go operować tylko za poprzednią zgodą jego prawnego zastępcy wzgl. opiekuna, mianowicie, gdy chodzi o ciężką operację, chyba, że sprawa jest nagła i życie chorego zagrożone.

Lekarz zakładu psychjatrycznego nie ma prawa do przeprowadzania sekcji na zwłokach nieboszczyka bez zgody rodziny. W każdym przypadku, gdzie sekcja jest wskazana, trzeba zasięgnąć zgody rodziny, inaczej lekarz narazić się może na przykrości.

Pacjentów zajętych pracą zaleca się ubezpieczyć od wypadku.

Gdy chory popełni samobójstwo, lekarz odpowiada, o ile zawinił wskutek własnego niedbalstwa, nieostrożności i braku przezorności.

Psychicznie chorego należy obronić przed nadużyciami seksualnemi, mianowicie ze strony personału dozorującego, któremu za ten występek grozi kara więzienna.

Wypada wspomnieć jeszcze o chorych kryminalnych i o kuracjuszach dobrowolnych. Jeżeli się mówi o chorych kryminalnych, ma się na myśli w pierwszym rzędzie przestępców kryminalnych, którzy po zasądzeniu podczas odsiadywania kary więziennej zachorowali na psychozę. Od tych należy odróżnić psychicznie chorych, którzy z powodu chorobowych zaburzeń psychicznych popełnili czyn karygodny, albo którzy w chorobie psychicznej są niebezpieczni dla otoczenia. Chorzy, należący do ostatniej kategorji, mogą bez zastrzeżeń przebywać w każdym zakładzie psychjatrycznym. Natomiast przestępcy kryminalni, którzy zachorowali w więzieniu na psychozę, powinni być umieszczeni w osobnych zakładach dla chorych przestępców, albo na osobnych oddziałach znajdujących się przy więzieniach. Jeżeli do zakładów psychjatrycznych będzie się przyjmowało psychicznie chorych więźniów,

którzy mimo choroby psychicznej pozostają więźniami i potrzebują ściślejszego dozoru, to moment ten może wpłynąć ujemnie na reputację i szpitalny charakter zakładu, oraz odstraszyć rodziny psychicznie chorych od zakładu.

Bezprawne wypuszczenie chorego więźnia ze zakładu psychjatrycznego przez nieobowiązkowy, niesumienny personel, winno być karane.

Co do dobrowolnych kuracjuszów należy zaznaczyć, że chodzi tu o osoby psychicznie chore, mające poczucie choroby i zrozumienie dla swego stanu, którzy z własnej woli przychodzą do zakładu na leczenie. W przypadkach takich na pobyt chorego w zakładzie musi wyrazić zgodę ewtl. opiekun pacjenta albo jego prawny zastępca. Kuracjusz dobrowolny musi przedłożyć dyrekcji zakładu wniosek o przyjęcie oraz świadectwo lekarskie, że ma zrozumienie dla swego postępowania i że nadaje się do leczenia w zakładzie. O przyjęciu i zwolnieniu dobrowolnego kuracjusza donosi się władzy.

Przeciwko instytucji kuracjuszy dobrowolnych wysuwa się argument, że jest to tylko maska, pod którą kryje się przymusowe przetrzymywanie chorego w zakładzie. Dlatego uważam, że nie było by wskazanem udzielenie dyrektorowi zakładu prawa do zatrzymywania dobrowolnego kuracjusza z tytułu pogorszenia się stanu chorobowego pacjenta w zakładzie wbrew woli tegoż. Według mego zdania należy kuracjusza dobrowolnego — na jego życzenie — każdego czasu zwolnić z zakładu, bez względu na stan chorobowy.

Czem więcej będą miały zakłady kuracjuszy dobrowolnych, czem mniej pacjentów przymusowych, tem postępowszą będzie opieka psychjatryczna zakładowa.

Często identyfikuje się pojęcie psychicznej choroby z potrzebą ubezwłasnowolnienia chorego. Jak nie każdy psychicznie chory potrzebuje koniecznie opieki zakład., tak samo nie każdy psychicznie chory musi być ubezwłasnowolniony; również umieszczenie chorego w zakładzie psychjatrycznym nie stanowi a priori powodu do ubezwłasnowolnienia, jako też ubezwłasnowolnienie psychicznie chorego nie koniecznie dowodzi o potrzebie opieki zakładowej. W wielu przypadkach raczej ubezwłasnowolnienie umożliwia ubezwłasnowolnionemu pobyt wśród społeczeństwa, ponieważ stan ubezwłasnowolnieniowy chroni chorego przed szkodliwościami życia społecznego, z któremi nie dałby sobie rady.

Niektóre psychozy objawiają się w ostrej postaci, mijają szybko w opiece zakładowej. W takich przypadkach ubezwłasnowolnienie nie jest potrzebne.

Wobec tego ewtl. przepis, żądający bezwzględnie ubezwłasnowolnienia każdego chorego przyjętego do zakładu psychjatrycznego, byłby nieracjonalny i krzywdzący dla pacjenta. Opiekun nie powinien mieć nieograniczonego prawa do bezpośredniego internowania swego pupila w zakładzie psychjatrycznym. To prawo przysługiwałoby mu tylko w takich warunkach, w jakich się umieszcza każdą psychicznie chorą osobę, a więc jeżeli lekarz stwierdzi, że opieka zakładowa leży w interesie chorego, t. zn. jeżeli chory koniecznie potrzebuje opieki zakładowej.

Ubezwłasnowolniony powienien mieć to samo prawo do zażaleń co każdy inny chory.

Ubezwłasnowolnienie chorego znajdującego się w zakładzie psychjatrycznym, a domagającego się natarczywie zwolnienia i protestującego tem samem przeciwko przetrzymywaniu go w zakładzie, pogarsza raczej jego położenie. W przypadku ubezwłasnowolnienia powinna o potrzebie opieki zakładowej dla chorego decydować uzasadniona opinja lekarsko-psychjartyczna, nie zaś formułka sądowa.

Opieka nad psychicznie chorym nie kończy się z chwilą zwolnienia, albowiem pacjent, o ile tego potrzebuje, powinien doznawać opieki także poza zakładem psychjatrycznym, mianowicie gdy się znajduje w lecznicy niepsychjatrycznej, lub gdy przebywa w rodzinie. Niektórzy chorzy psychicznie leczą się w szpitalach niepsychjatrycznych z powodu różnych przesądów i uprzedzeń do zakładów psychjatrycznych i także z innych przyczyn, mianowicie, gdy chory udaje się do lecznicy z tej przyczyny, że przyjęcie do zakładu psychjatrycznego połączone jest z trudnościami formalnemi, podczas gdy w lecznicy niepsychjatrycznej przyjmuje się chorych każdego czasu bez żadnych formalności. Czasem też i w nagłej potrzebie rodzina oddaje psychicznie chorego do najbliższego szpitala, jeżeli zakład psychjatryczny jest znacznie oddalony. Warunki lecznicze w zakładach niepsychjatrycznych są niekorzystne dla chorych, bo terapja nie może być racjonalnie przeprowadzona tam, gdzie niema odpowiednich urządzeń, gdzie personał nie jest odpowiednio wykwalifikowany. W lecznicach tych czyli sanatorjach samobójstwa chorych, z powodu niedostatecznego dozoru, są częstem zjawiskiem.

Umieszczanie i przetrzymywanie psychicznie chorego w schroniskach, przytułkach, w domach poprawczych, w szpitalach powiatowych, w przytułkach dla starców itp. jest niedopuszczalne. Jak psychicznie zdrowych, ale cieleśnie zniedołężniałych starców nie wolno przetrzymywać w zakładzie psychjatrycznym, tak osoby psychicznie chore nie powinny pozostawać w schroniskach wzgl. przytułkach dla

starców itp. Psychicznie chorzy potrzebują spejalnego leczenia i specjalnej opieki, czego nie mogą dać lecznice niepsychjatryczne.

Pielęgnowanie psychicznie chorego w rodzinie może być przeprowadzone w rodzinie własnej lub obcej. Chodzi tu w pierwszym rzędzie o zorganizowaną opiekę w rodzinie, stojącą pod dozorem zakładu psychjatrycznego. W rodzinie pacjent znajduje odpowiednie ognisko domowe, mieszkanie i utrzymanie. Częste rewizje, przeprowadzane przez lekarzy zakładowych, stanowią dostateczną kontrolę. Najlepszą opiekę, zdaje się, powinna dać choremu nadającemu się do opieki w rodzinie — rodzina własna. Tymczasem doświadczenie wykazuje, że właśnie tutaj zachodzą duże niedomagania. Zdarza się, że chory bywa zaniedbywany, utrzymywany w niechlujstwie, przebywa poraniony, pokaleczony w chlewie na barłogu. Byłoby zatem wskazane roztoczyć nadzór także nad chorymi przebywającymi wśród własnej rodziny. Najstosowniejszym kontrolerem byłby lekarz powiatowy, który powinien mieć prawo do przekazania chorego mimo sprzeciwu rodziny do zakładu psychjatrycznego, gdy się przekona, że opieka w rodzinie w danym przypadku nie jest odpowiednia.

Opiekę nad psychicznie chorymi, przebywającymi w domach prywatnych, wykonywać mogłyby towarzystwa dobroczynności, założone w celu opiekowania się psychicznie chorymi.

Hôpital Psychiatrique Public du Pays de Posnanie à Dziekanka. —
Dir. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

LES PRINCIPES DE L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE AUX ALIÉNÉS.

Par AL. PIOTROWSKI.

Rapport préparé pour le VII Congrès des Aliénistes Polonais à Kocborowo le 4. 5. 6. juin 1927.

L'auteur discute l'organisation de l'Assistance psychiatrique dans les provinces occidentales de la Pologne et définit les postulats, qui, une fois réalisés, feraient faire un nouveau pas à l'évolution naturalle de cette Assistance.

L'organisation du régime des aliénés dans les provinces occidentales de la Pologne est simple et répond en général aux nécessités réelles, et les nouveaux postulats mis à jour par l'expérience seraient faciles à réaliser.

L'auteur souhaite que la même organisation soit étendue aux autres provinces de l'Etat, sous une forme plus parfaite encore et dans les limites déterminées par les nécessités et les conditions de la vie sociale.

L'auteur s'oppose à la voie législative, car il faudrait beaucoup de temps pour élaborer et faire sanctionner par la Diète une loi, tandis que la chose ne souffre aucun délai.

L'organisation du régime des aliénés par voie de décrets administratifs aurait l'avantage d'aboutir plus vite.

Les décrets qui se montreraient inopportuns ou seraient peu pratiques, pourraient être annulés de suite et remplacés par d'autres plus appropriés, tandis qu'une loi, fût-elle erronée dans son principe, sa teneur ou sa forme, serait nécessairement obligatoire pendant de longues années et ne pourrait être corrigée ou complétée que par une nouvelle décision de la Diète, ce à quoi on ne peut pas arriver rapidement.

Pour mener à bonne fin l'organisation psychiatrique il faut un Office Central, destiné exclusivement à ces affaires. Sa charge et ses

compétences embrasseraient l'ensemble de l'organisation: surveiller l'Assistance psychiatrique dans les hôpitaux psychiatriques publics et privés, dans les maisons de santé non psychiatriques et au sein des familles; déterminer les conditions tant matérielles que formelles pour l'admission et la sortie des malades, régler le traitement des malades au point de vue de l'hygiène, élaborer les règlements de police et la législation (en cas d'interdiction), définir les conditions pour le placement des malades criminels ainsi que des malades voulant se placer de leur propre gré.

Zakład Psychjatryczny w Palermo.

KONSTYTUCJA U FRENASTENIKOW *)

Napisał dr. JÓZEF BONASERA.

Odkąd w badaniach nad konstytucją psychicznie chorych zaczęto posługiwać się metodami opartemi na pewnej podstawie naukowej i badania te doszły — dzięki De Giovanni'emu — do znaczenia, którego dziś zaprzeczyć niepodobna, żaden autor nie próbował przenieść badania na teren tych chorób psychicznych, których cechą wybitną jest wadliwość pierwotna w rozwoju intelektualnym, jak to się dzieje we frenastenji.

Zagadnienie konstytucji w związku z patalogją i obrazem klinicznym okazało się trudnem do rozwiązania, co uznał nawet Birch-Hirschfeld, jeden z najwybitnieszych patologów, który stwierdził, że jeżeli do tej chwili nie zdołaliśmy ująć naukowo różnic indywidualnych, to nie uda się to nam i w przyszłości. Nie cofnięto się jednak przed (przewidzianemi przez znakomitego patologa) przeszkodami; nie przyśpieszono coprawda rozwiązania tego problemu, bądźcobądź jednak otworzyły się nowe widnokręgi, z których rozchodzą się — powoli, lecz stale — promienie, rozpraszające ciemności, które otaczają zawiłe to zagadnienie.

De Giovanni ma bez wątpienia wielką zasługę: ustalił doktrynę i dowiódł, że różnice indywidualne mają podstawę biologiczną i nadają się do klasyfikacji — atoli De Giovanni popełnił ten błąd, że dał nam metodę zbyt zawiłą i niewykończoną. W definicji jednostki antropologicznej wysuwa on jedynie wymiary ciała. Lukę tę usiłował wypełnić Viola, „drogą oparcia klasyfikacji na dwóch podstawach, miast jednej: na masie absolutnej i na proporcjach relatywnych". Swoją „metodą antropometryczną dla klasyfikacji typów morfologicznych" wyjaśnił on problem konstytucji w jej związku z obrazem klinicznym. Od czasów Violi datuje się rozkwit badań nad konstytucją, a metoda jego była stosowana kolejno w różnych chorobach psychicznych, a szczególnie w psychozach epileptycznych, w porażeniu postępującem, w psychozie manjakalno-depresyjnej oraz w „dementia praecox". Ponieważ brak dotąd studjów nad konstytucją frenastyników, przeto podjąłem się

1) Praca oryginalna włoska przesłana do wydrukowania w Now Psychjatrycznych. Streścił Br. M.

badań, opierając je na pracy o epileptykach dra. Józefa Comparato, któremu zawdzięczam niejedną cenną radę i wiele wskazówek.

* * *

Strona techniczna metody, którą się posługiwałem, zapożyczona jest od Violi[1]). Metodę tę (główne jej wytyczne) przedstawiam w skrócie, ażeby dać czytelnikowi możność orjentowania się w przedmiocie, mało dotąd znanym.

Do określenia tych typów morfologicznych Viola używa t. zw. „wymiarów fundamentalnych", które wykazują (w przybliżeniu coprawda) cechy charakterystyczne każdego osobnika.

Wymiary te są następujące:

Wymiary pionowe: I. *wzrost;* II. *długość mostka* (od wcięcia szyjowego do przyczepu wyrostka mieczykowatego); III. *długość nadpępcza* (od przyczepu wyrostka mieczykowatego do miejsca, w którem krzyżują się: środkowa linja pionowa brzucha i linja pozioma, znajdująca się na wysokości dolnej krawędzi klatki piersiowej); IV. *długość nadpępczo-łonowa* (od miejsca skrzyżowania się dwóch wzmiankowanych linji do górnego brzegu wzgórka łonowego); V. *długość kończyn dolnych* (od górnego brzegu wzgórka łonowego do szczytu kostki zewnętrznej stopy); VI. *długość kończyn górnych* (od brzegu wyrostka barkowego do linji międzystawowej tętna). *Wymiary poziome:* VII. *wymiar poprzeczny klatki piersiowej* (na poziomie czwartego żebra); VIII. *wymiar strzałkowy klatki piersiowej* (mierzony jak pod VII); IX. *wymiar poprzeczny „podżebrowy"*; X. *wymiar strzałkowy „podżebrowy"*; XI. *wymiar poprzeczny miednicy* (mierzony między końcami wierzchołków miednicowych).

Po ustaleniu wymiarów pionowych i poziomych robi się obliczenie, redukując do minimum liczby z otrzymanych wymiarów. Liczby ostateczne są wskaźnikami cech morfologicznych, charakterystycznych dla danego osobnika i przedstawiają się w sposób następujący:

Wskaźnik klatki piersiowej, który otrzymujemy z pomnożenia długości mostka przez wymiar poprzeczny „podżebrowy", oraz wymiar strzałkowy klatki piersiowej.

Wskaźnik górno-brzuszny (wynika z pomnożenia wymiaru mieczykowato - nadpępkowego przez wymiar poprzeczny „podżebrowy", oraz przez wymiar strzałkowy podżebrowy).

1) Metodo antropometrico di deformazione per la classificazione clinica dei tipi mornofologicí. (Decima lettura del prof. Viola, Padova 1909).

Wskaźnik dolno-brzuszny (mnoży się długość nadpępczo-łonową przez wymiar poprzeczny miednicy, oraz przez wymiar strzałkowy „podżebrowy").

Wskaźnik kończyn (powstaje z dodania długości kończyn górnych do długości kończyn dolnych).

Z powyższych wskaźników otrzymujemy *wskaźnik brzuszny*, jeżeli dodamy wskaźnik brzuszny górny do wskaźnika dolnego, a *wskaźnik tułowia*, jeżeli dodamy wskaźnik klatki piersiowej do wskaźnika brzusznego.

Celem uproszczenia metody i ułatwienia zrozumienia indywidualnych cech charakterystycznych Viola opracował tablicę, w której każdy wskaźnik oznaczony jest pewnym stopniem. Tym sposobem w miejsce wymiaru rzeczywistego wstępuje *symbol*. Tablica dzieli się na 30 stopni ujemnych i 30 dodatnich, rozmieszczonych po lewej wzgl. prawej stronie zera, przedstawiającego średni wskaźnik normalny typu morfologicznego (wedle statystyki wykonanej w prowincji weneckiej).

Metoda Violi, poza łatwością obliczania oraz pamięciowem ujęciu wymiaru za pomocą symbolu, daje i tę korzyść, że obok kryterjum morfologicznego, zdobytego na podstawie wymiarów, podaje krytorjum fizjopatologiczne. W stosunku wymiarów kończyn i tułowia odnajdujemy związek między życiem organicznem a życiem wegetatywnem; możemy badać równowagę, w jakiej owe funkcje się znajdują i — w razie jej utraty — określić stopień osłabienia odporności na bodźce chorobowe.

*

* *

Niniejsza praca dotyczy przeważnie form frenastenji, których cechą charakterystyczną jest defekt i dysharmonja w rozwoju intelektualnym. Chorych tych De Sanctis nazywa „frenastenikami biopatycznymi", Tanzi: idjotami typowymi, inni, idąc śladem dra. Sollier'a: głuptakami (imbecilli). W myśl tej koncepcji nie uwzględniłem w moich badaniach przypadków z objawami somatycznymi, pochodzącymi od uszkodzenia mózgu w czasie porodu wzgl. w okresie poporodowym. Pominąłem również wszelkie przypadki z deformacjami szkieletu, oraz wszelkie inne przypadki, które z powodu jakiejkolwiek choroby wydawały się nieodpowiednimi do ścisłych badań morfologicznych.

Na zasadzie wyżej określonego „eklektycyzmu" wybrałem 100 mężczyzn, pochodzących przeważnie z Sycylji, częściowo zaś z Kalabrji. Uważam za zbyteczne podawać tu streszczenia historji choroby wszystkich badanych, bo tak djagnoza jak i przebieg kliniczny choroby psychicznej wykazują w każdym przypadku tyle podobieństw, że wyliczanie wszy-

skich objawów byłoby ciągłem powtarzaniem się. Mogę śmiało powiedzieć, że co do ich symptomalogji psychicznej uderzają przedewszystkiem wrodzone braki umysłowe, otępienie uczuć moralnych i społecznych, słaba pobudliwość afektywna, nieprawidłowości w zachowaniu się, zboczenia myślowe i czuciowe.

Dla łatwiejszego zrozumienia przedmiotu wyłuszczę tu swoją metodę.

Posługiwałem się antropometrem pionowym Morselli'ego. Na jego prawym brzegu kazałem umieścić (aby móc stwierdzić wymiary pionowe) na deseczce, podzielonej na stopnie, wskazówkę przesuwalną w kierunku prostopadłym i poziomym; na górnym brzegu kazałem umieścić węgielnicę, przesuwającą się w kierunku pionowym.

Po ustawieniu przyrządu w pozycji poziomej poleciłem badanemu ułożyć się na nim w stanie zupełnego spoczynku i bezruchu. Następnie naznaczyłem (ołówkiem dermograficznym) punkty styczne, wskazane przez dra. Viola, przesuwając wskazówkę do każdego tych punktów, stwierdzałem odnośne wymiary pionowe.

Następnie, po podniesieniu się badanego, przystąpiłem do stwierdzania wymiarów poprzecznych i strzałkowych tułowia, za pomocą cyrkla, służącego do wymierzania grubości (po ustaleniu punktów schodnych dla wymiarów poziomych).

Wziąłem też pod uwagę obwód klatki piersiowej i ciężar ciała celem stwierdzenia pewnych stosunków, poszukiwanych już przez innych autorów. Pozatem badałem wskaźnik czaszki oraz ogólny obwód poziomy czaszki; wymiary te są ważne, bo, jak wiadomo, u badanych przeze mnie frenasteników napotyka się często wymiary krańcowe czaszki, od największych do najmniejszych, co do obwodu ogólnego i różnych innych wymiarów. Stwierdzone wymiary i ustalone na ich podstawie wskaźniki użyłem nietylko w systemach I, II, III i IV, lecz zestawiłem je również w całości w 3 dużych tablicach A, B i C, w których umieściłem (w stu kolumnach) wymiary każdego badanego.

*

* *

W zestawieniu I-em uwzględniłem związki, jakie zachodzą między wskaźnikiem tułowia i wskaźnikiem kończyn. W kolumnie 1-ej mieści się skala stopni dodatnich i ujemnych. W kolumnie 2-ej i 3-ej znajdują się wskaźniki kończyn, odpowiadające rozmieszczonym wzdłuż skali stopniom. Rzut oka na tablicę wystarczy, aby zauważyć sła-

bą dążność do przeciętnego wskaźnika normalnego, bo wykazuje go jedynie pięciu badanych.

Przeważają natomiast odchylenia, zarówno wskaźnika tułowia jak i kończyn.

TABL. I.

Skala *wskaźnika tułowia,* czyli wskaźnik systemu wegetatywnego, oraz *wskaźnika kończyn.*

Stopień	Wsk. tułowia	Wsk. kończyn
+ 10	5	
+ 8	1	
+ 6	8	4
+ 4	12	6
+ 2	8	8
0	5	5
— 2	19	6
— 4	18	13
— 6	13	17
— 8	6	11
— 10	2	11
— 12	1	9
— 14	1	4
— 16		3
— 18	1	2
— 20		1

Stwierdzamy co następuje:

Na 100 badanych przeze mnie frenasteników, stwierdziłem (wedle klasyfikacji dra. Viola) u:

34 — nader wysoki wskaźnik tułowia (megalosplanchnicy);
61 — nader niski wskaźnik tułowia (mikrosplanchnicy);
5 — normalny wsk. tułowia (normosplanchnicy).

Wskaźnik kończyn zaś był u:

18 — nadmiernie wysoki;
77 — nadmiernie niski;
5 — normalny.

Z zestawienia wynika, że jedynie 5 % frenasteników wykazywało rozwój normalny; 34 % — nadmierny rozwój sytemu wegetatywnego, 18 % — nadmierny rozwój systemu organicznego, 61 % — zbyt słaby rozwój pierwszego, 77 % — zbyt słaby rozwój drugiego.

Wyraźnie niedostatecznym jest więc u frenasteników tak rozwój kończyn, jak i systemu trzewiowego.

*

* *

W zestawieniu II-em badałem związek, zachodzący między kończynami a tułowiem, między tułowiem a brzuchem, oraz między odcinkiem górnym a odcinkiem dolnym brzucha.

Dane co do pierwszego umieszczone są w pierwszych trzech kolumnach.

Dążność do proporcji nadmiernych jest w tym przypadku nikła. Faktycznie tylko u 2% normosplanchników wskaźnik kończyn ma przewagę nad wskaźnikiem tułowia; u megalosplanchników — 6%, u mikrosplanchników — 4%. Przeciętne proporcje normalne są także rzadkie; kończyny są proporcjonalne do tułowia: u normosplanchników — w 2%, u megalosplanchników — 6%, u mikrosplanchników — 16%. Braki natomiast są zawsze wyraźne, najsilniej występują u mikrosplanchników, którzy w 56% wykazują nikły rozwój kończyn w stosunku do tułowia, podczas gdy u normosplanchników spotkałem ten objaw raz tylko na sto, a u megalosplanchników sześć razy.

Przechodzimy do studjum następnego związku, mianowicie związku między dwiema wielkiemi jamami ciała. Rozwój klatki piersiowej jest wyraźnie silniejszy aniżeli rozwój brzucha. Normosplanchnicy zdradzają dążność do proporcji średnich, bo w 2% rozwój ten jest proporcjonalny, a w 5% nadmierny, u megalosplanchników natomiast w jednym tylko przypadku (na sto) wadliwy; u 9% jest proporcjonalny, a u 50% nadmierny: u mikrosplanchników — w 4% wadliwy, w 8% proporcjonalny, a w 21% nadmierny. Ogółem więc rozwój klatki piersiowej w 76% jest silniejszy aniżeli rozwój brzucha.

Ostatnie trzy kolumny wykazują stosunek części górnej brzucha do jego części dolnej. Odchylenia zarysowują sie tu silniej. U normosplanchników rozwój części górnej brzucha jest zawsze silniejszy aniżeli rozwój części dolnej; u megalosplanchników jest on w 2% proporcjonalny, w 58% — nadmierny, u mikrosplanchników: w 5% — niedostateczny, w 6% — proporcjonalny, w 24% — nadmierny.

U frenasteników istnieje więc (jak widzimy) umiarkowana dążność do proporcji normalnej między tułowiem a kończynami (25%), niema natomiast tej dążności w stosunku klatki piersiowej do brzucha; badania moje wykazują bowiem naogół wadliwość coraz to wyraźniejszą, im bardziej posuwamy się od części górnych tułowia do dolnych.

TABL. II.

Stosunek kończyn do tułowia, klatki piersiowej do brzucha, oraz stosunek części górnej brzucha do dolnej.

Stopnie	Stosunek kończyn do tułowia				Stos. kl. piers. do brzucha			Stos. części górn. brzucha do doln.		
+ 30										1
+ 28										1
+ 26										
+ 24										
+ 22										
+ 20										1
+ 18							2			
+ 16							2			2
+ 14							2			4
+ 12							3			3
+ 10	5						9		1	10
+ 8	1					1	8			4
+ 6	8		2	2		1	4			5
+ 4	12	2	1	3		2	8			12
+ 2	8	4	3	1	1	5	12		1	15
0	5	1	2	2		2	5			5
— 2	19	4	1	2	1		10	1	1	18
— 4	18	6	7		1	4	8	1	3	1
— 6	13	9	5	2		4	3		2	2
— 8	6	9	2					1		2
— 10	2	10	1		1					1
— 12	1	8	1					1		
— 14	1	4								
— 16		3								
— 18	1	2			1			1		
— 20		1								

* * *

Zestawienie III-cie wyświetla stosunek wymiarów klatki piersiowej. W kolumnie 3-ej, 4-ej i 5-ej ujęty jest stosunek wymiaru strzałkowego do poprzecznego. Jest on normalny w 20% przypadków, wadliwy — w 69%, nadmierny w 11%.

W kolumnie 6-ej, 7-ej i 8-ej widzimy stosunek pomiędzy długością mostka a wymiarem poprzecznym. Jest on proporcjonalny w 17%, wadliwy w 19%, a nadmierny w 64% przypadków.

Zestawienie to wykazuje nader słabą dążność rozwojową wymiaru strzałkowego oraz wyraźną dążność rozwojową wymiarów pionowych, wobec czego klatka piersiowa u frenastenika jest przeważnie spłaszczona w kierunku strzałkowym, a wyraźnie wydłużona w kie-

runku pionowym, tak, że utlenienie krwi niezawsze może odbywać się normalnie; uwydatnia się więc skłonność do chorób wyniszczających w ogólności — do gruźlicy w szczególności. Hypotezę tę potwierdzają liczne badania, przeprowadzone w tej kwestji i ręczę za nią mojem doświadczeniem osobistem, bo w jednej z ostatnich prac moich na temat stosunku gruźlicy do chorób psychicznych (Il Pisani 1925, I) stwierdziłem, że 33% frenasteników umiera na gruźlicę. Cyfra ta — acz dosyć wymowna — nie należy jednak do wygórowanych.

Przewaga wymiarów pionowych nad poziomymi u frenasteników pozwala nam przydzielić tych chorych do grupy „longitypów" dra Viola.

TABL. III.

Stosunek wymiarów wysokości klatki piersiowej do wymiaru poprzecznego.

		Stosunek wym. strzałkowego do wym. poprzeczn. kl. piers.			Stosunek długości mostka do wym. poprzeczn. kl. piers.		
		wadliwy	proporc.	nadmiern.	wadliwy	proporc.	nadmierny
+ 30							3
+ 28							2
+ 26							3
+ 24			1	1			3
+ 22							2
+ 20				1			4
+ 18						2	6
+ 16				2		1	3
+ 14		1				2	5
+ 12						3	4
+ 10	5					1	7
+ 8	1	3	1	2	1		7
+ 6	8	1	3	2	1	1	6
+ 4	12	3		1	5	1	4
+ 2	8	3	1	2	3	1	2
0	5	1	1		1	2	1
— 2	19	6	6		2		
— 4	18	7	2		1	3	
— 6	13	10	3		2		
— 8	6	10	1		1		
— 10	2	8	1				
— 12	1	4			2		
— 14	1	4					
— 16		3					
— 18	1	3					
— 20		2					

* *

*

W tabeli IV-ej zestawiłem wyniki badań nad stosunkiem obwodu klatki piersiowej oraz ciężaru ciała do wzrostu.

Przedewszystkiem trzeba zaznaczyć, że wzrost niski przeważa nad wzrostem wysokim: 82% badanych przeze mnie było wzrostu bardzo niskiego, a 10% nie mierzyło nawet półtora metra; 8% wykazywało wzrost normalny, a tylko 10% — wyższy. Maximum wzrostu wynosiło 1.74 mtr.

Co do stosunku obwodu klatki piersiowej do wzrostu, stwierdziłem przewagę pierwszego nad drugim w 81% przypadków, wadliwość w 18%; stosunek prawidłowy jedynie w 1%. Naodwrót, ciężar ciała okazał się: w 79% niższy od liczby centymetrów ponad jeden metr (co do wzrostu); w 6% był proporcjonalny, a w 15% nadmierny.

Tablica wykazuje u frenasteników wyraźny rozwój obwodu klatki piersiowej; nie jest to dowodem silnej budowy znajdujących się w tej jamie narządów. Należy też wziąć pod uwagę wyraźny brak proporcji między różnymi wymiarami oraz najwyraźniej normalną formę klatki piersiowej, stwierdzoną w tablicy poprzedniej. Niski ciężar ciała i niski wzrost wskazują na wyraźne „niedokarmienie", typowe dla tego rodzaju chorych, oraz na wynikający stąd brak odporności na liczne choroby.

TABL. IV.

Stosunek obwodu klatki piersiowej i ciężaru ciała do wzrostu.

		Stosunek obwodu kl. piers.			Stosunek ciężaru ciała		
		wadliwy	proporcj.	nadmierny	wadliwy	proporcj.	nadmierny
		do wzrostu			do wzrostu		
+ 4	5	4		13	11		
+ 2	8	3		17	18		3
0	4	4	1	9	10	2	5
— 2	17	6		11	7		2
— 4	18	1		14	15	2	
— 6	16				14	2	4
— 8	19			10			1
— 10	2			5	4		
— 12	5			1			
— 14	2			1			
— 16	4						

Co do badania czaszki, to ograniczyłem się do wymiaru ogólnej objętości poziomej oraz wymiaru strzałkowego i poprzecznego (jako podstawy dla wskaźnika czaszki). Wskaźnik ten waha się między minimum 70-ciu a maximum 86.1; nie napotkałem więc na typy krańcowe (ultra-

dolichocefalne i ultrabrachycefalne), które spotyka się, jak utrzymują niektórzy autorzy, u frenasteników biopatycznych.

*
* *

Poziomy obwód ogólny.

Od mm.	491	do mm.	500	1	na	100.
Od mm.	501	do mm.	510	2	na	100.
Od mm.	511	do mm.	520	5	na	100.
Od mm.	521	do mm.	530	7	na	100.
Od mm.	531	do mm.	540	14	na	100.
Od mm.	541	do mm.	550	21	na	100.
Od mm.	551	do mm.	560	18	na	100.
Od mm.	561	do mm.	570	18	na	100.
Od mm.	571	do mm.	580	8	na	100.
Od mm.	581	do mm.	590	1	na	100.
Od mm.	591	do mm.	600	4	na	100.
Od mm.	601	do mm.	610	1	na	100.

Co do morfologji czaszki zauważyłem u badanych przezemnie chorych przewagę typów średnich oraz brak objawów zewnętrznych zahamowania rozwoju encefalitycznego wzgl. objawów, zdradzających ciężkie procesy hydrocefalityczne. Wynik ten jest tem donioślejszy, jeżeli się zważy, że przy badaniu pacjentów nie kierowałem się żadnym eklektycyzmem (o ile dotyczyło ewtl. zniekształceń czaszki).

*
* *

Powierzchowna obserwacja typu morfologicznego nie może dać nam ścisłego wyobrażenia o jego zdolnościach funkcjonalnych. Jedynie szczegółowe a głębokie studjum odnośnych korelacji i związków może dać nam wytłumaczenie jasne.

Stwierdziliśmy, że u frenasteników niema (w tych stosunkach) równowagi naturalnej: system życia organicznego kuleje w stosunku do systemu życia wegetatywnego, podczas gdy obydwa systemy są bez wątpienia niedostatecznie rozwinięte. Jeżeli narządy klatki piersiowej są lepiej rozwinięte aniżeli narządy brzuszne, to przewaga ta maleje do zera, gdy zważymy, że klatka piersiowa frenastenika jest spłaszczona w kierunku strzałkowym, a wydłużona pionowo i, że nie jest w stanie — wobec tego — umożliwić owym narządom dostatecznej sprawności funkcjonalnej.

Tak samo nie ma, jak już powiedziałem poprzednio, żadnego znaczenia rozwój obwodu klatki piersiowej — wyraz (napozór) zdolności żywotnych — jeżeli klatka piersiowa frenastenika nie ustosun-

kowała się do narządów oddechowych celem nadania im tej zdolności funkcjonalnej, której organizm wymaga. Prosty stąd wniosek, że chroniczne choroby narządu oddechowego oraz żołądkowo - kiszkowego znajdują tu na tle przeważnie swoistem pole do bujnego rozwoju, nawet gdy do ogólnej „cechy" somato - psychicznej degeneracyjnej nie przyłącza się „cecha" dziedziczna, swoista w pewnych chorobach.

Frenastenik jest więc jako całość osobnikiem o słabej konstytucji.

A teraz pytam: jaka jest przyczyna „endogenna" i „egzogenna" tej słabej konstytucji i jak się rzecz ma z zagadnieniem dziedziczności w tym wypadku?

Zanim odpowiem na to pytanie, podkreślę (po raz wtóry), że z pracy niniejszej wykluczyłem wszystkie te formy frenastenji, w których przyczyna choroby była dostatecznie wyjaśniona pochodzeniem zewnętrznem i uszkodziła mózg w chwili, gdy ten znajdował się w stadjum rozwoju. W tych przypadkach (frenastenje cerebropatyczne i biocerebropatyczne, według De Sanctis) do zahamowania rozwoju psychicznego, wyłaniającego się niekiedy na tle dziedziczności, przyłączają się najoczywistsze oznaki zahamowania rozwoju somatycznego, występującego najostrzej w systemach, zależnych od stref mózgowych najwięcej poszkodowanych.

Wolałem natomiast ograniczyć swe badania do form zahamowania rozwoju umysłowego (które De Sanctis określa mianem frenastenji biopatycznej) i szukać przyczyny zastoju za pomocą metod najnowszych.

Dawniej, kiedy to zahamowanie rozwoju umysłowego — imbecillitas degenerativa Tanzi'ego — uważano za lżejszą formę idjotyzmu, mniemano, że tak jedna jak i druga forma była skutkiem spontanicznego zahamowania rozwoju; w nielicznych tylko przypadkach przyznano, że zewnętrzne przyczyny, działające podczas porodu wzgl. po porodzie, na mózg, znajdujący się w stadjum rozwoju, mogą spowodować zahamowanie rozwoju psychicznego.

Nowsze natomiast badania rozbiły tę jedność etjologiczną, przypisując formom zwykłego niedomagania umysłowego pochodzenie dziedziczno - konstytucjonalne, formy zaś z cięższymi brakami somatycznymi i psychicznymi uważa się za nabyte, za postacie natury zewnętrznej, dające się dostatecznie określić, nie wykluczając jednak możliwości przyłączenia się do nich czynnika dziedziczności oraz czynnika zwyrodnienia.

Owszem: najnowsze badania przypisują czynnikowi dziedziczno-konstytucjonalnemu tak doniosłe znaczenie, że możnaby przypuszczać,

iż nawet w tych formach zahamowania rozwoju, w których przyczyna zewnętrzna jest tak oczywista, że, zdaje się, nie może podlegać dyskusji, zawsze odgrywa rolę podłoże dziedziczne, na którem chorobowy bodziec zewnętrzny mógłby działać z większą łatwością. I rzeczywiście Pende, w swej definicji konstytucji, stwierdza, że konstytucja jest istotnie uwarunkowana dziedzicznością, *wyjątkowo* zaś tylko wpływami szkodliwymi otoczenia na podkład dziedziczny w ustroju jednostki.

Viola teoretycznie przyznaje możliwość oddzielenia tego, co jest odziedziczone, od tego, co uważaćby można za nabyte; w rzeczywistości jednak cechy „nabyte" stanowią część tak intymną indywidualności, że stają się materjałem nader podatnym dla dziedziczności, wchodząc w skład konstytucji jako jej część integralna.

Wobec tego każda cecha dziedziczna winna w ciągu pewnego czasu być nabyta i tworzyć część nieodłączną dziedzicznej masy kształtującej. Chcielibyśmy stwierdzić, jakim sposobem u frenasteników biopatycznych pojawia się anomalja rozwoju, i jak ona staje się dziedziczną. Widocznie anomalja ta powstaje skutkiem zaburzeń w narządzie „chromozomnym". A więc jeżeli narząd ten jest wypadkową charakterów parcjalnych wszystkich bez wyjątku komórek organizmu rodzicielskiego (cech już wyraźnych wzgl. ukrytych jeszcze), jest chyba jasnem, że organizm, który się z tego zarodka wytworzy, przejmie (wyraźne już wzgl. ukryte jeszcze) cechy charakterystyczne organizmu rodzicielskiego, a tem samem ujawni się w nim i dziedziczność w sferze anomalji konstytucjonalnych.

Najnowszy kierunek patologji konstytucjonalnej przypisuje w kwestji ujęcia konstytucji indywidualnych doniosłe znaczenie funkcjonalnemu badaniu układu, przeznaczonego do utrzymania równowagi żywotnej organizmu, t. j. układu „neuroendokrynnego". Zwłaszcza badania dra. Violi, a później i Pende'go wykazały związek między działaniem różnych gruczołów wewnątrzwydzielczych a typami morfologicznymi, ustalonymi wedle klasyfikacji dra. Violi. Pende wyświetlił ponadto ugrupowanie różnych systemów hormonicznych, z których każden ma za zadanie pobudzać trofizm to tego, to owego narządu wzgl. układu organicznego, nie wyłączając trofizmu ośrodków psychicznych, z czego wynikałoby, że i ewolucja umysłowa zależną jest od normalnej działalności funkcjonalnej różnych grup hormonicznych.

Istota oraz działanie dwóch wielkich (stwierdzonych przez Pende'go grup byłyby następujące: ,

Pierwsza grupa wychodzi z tarczycy, z przysadki, a częściowo i z gruczołów płciowych i nadnercza — i działa pobudzająco na mor-

fogenezę systemu życia organicznego; druga natomiast, do której częściowo należą gruczoły płciowe i nadnercze, gruczoły przytarczowe, trzustka, grasica, szyszynka — pobudza procesy asymilacji w przemianie materji oraz morfogenezę życia wegetatywnego, a wstrzymuje morfogenezę systemu zwierzęcego i ewolucję morfologiczną (Pende). Warto podkreślić, że oba typy hormonów wpływają nietylko na morfogenezę organiczną, lecz i (w wysokim stopniu) na konstytucję osobowości psychicznej; badania Kretschmera wykazały też pewien paralelizm między konstytucją somatyczną a podstawowym temperamentem psychicznym.

Wracając do naszego przypadku, w którym — jako typ somatyczny — ustaliliśmy „długolinijny mikrosplanchniczny", t. j. typ, w którym mniej jest rozwinięty system życia wegetatywnego, możemy przypuszczać, że u frenasteników biopatycznych największe braki wykazuje grupa hormoniczna, do której należą niektóre hormony płciowe i nadnerkowe, przytarczowe, trzustkowe, grasiczne, szyszynkowe.

Stosując najnowsze zdobycze nauki do pracy niniejszej, pytam, jak i kiedy hormony endokrynne wpływają niekorzystnie na rozwój umysłowy u frenasteników biopatycznych?

Jak już zaznaczyłem, rozmaite grupy hormoniczne wpływają (każda) na narząd, który je wytworzył. Jeżeli chcemy sprowadzić u frenasteników czynnik anomalji do przyczyny endogenicznej, powinniśmy pamiętać o tem, że w organiźmie rodzicielskim system hormoniczny, niedostatecznie rozwinięty, powoduje w tem, co będzie kiedyś zarodkiem organizmu dziecięcego — brak równowagi, trwający w stanie potencjonalnym aż do chwili, kiedy zarodek ten zaczyna się rozwijać, a przejawiający się (w całej swej doniosłości) od chwili, w której rozpoczyna się ewolucja organiczna, aż do chwili, gdy dochodzi do anomalji zupełnej, t. j. do chwili, w której rozwój organizmu dobiegł kresu. A w przypadkach anomalji częściowych pamiętać należy, że przyczyna tego zjawiska tkwi w hypofunkcjonalności częściowej owych grup hormonów, pełniących czynność bodźców funkcjonalnych wyżej wymienionych systemów.

Wobec tego należałoby sądzić, że i w formach frenastenji cerebropatycznej (w których przyczyna anomalji jest dobrze znana) panuje również chwiejność hormoniczna konstytucjonalna, ułatwiająca zewnętrznym bodźcom szkodliwą działalność. Jeżeli jednak hypoteza ta niekoniecznie potwierdza się we frenastenjach cerebropatycznych, to jest ona jednak faktem niezawodnym w innych formach frenastenji.

* * *

Na podstawie syntetycznej mojej pracy można dojść do wniosku, że frenastenicy biopatyczni zdradzają skłonność do ogólnego hypoewolucjonizmu morfologicznego, bo dwa wielkie systemy żywotne wykazują wiele braków w stosunku do przeciętnego typu normalnego.

Wypadki sporadyczne hyperewolucjonizmu częściowego, spotykane w niektórych systemach, zdradzają (z powodu braku harmonji z rozwojem innych systemów) bardzo słabą skłonność do ściśle oznaczonych kombinacji morfologicznych, któreby mogły zapewnić organizmowi harmonję funkcjonalną — podstawę równowagi żywotnej.

Przewaga mikrosplanchnji, anomalja w budowie klatki piersiowej, zmniejszająca sprawność funkcjonalną mieszczących się w klatce narządów, niedostateczny rozwój jamy brzusznej, a zwłaszcza jej narządów, wssysających pokarm, uderzający brak proporcji między poszczególnemi częściami tułowia: wszystkie te czynniki są odpowiedzią wystarczającą na pytanie, dlaczego organizm frenastenika jest mniej odporny na bodźce chorobowe, działające bez przerwy z zewnątrz i dlaczego organizm taki znajduje się trwale w stanie chwiejnej równowagi i jest niezdolnym do walki z naturą.

Słabość konstytucji frenastenika stoi prawdopodobnie w związku z niedostatecznym rozwojem ogólnym hormonów; jeżeli bowiem obydwa wielkie systemy żywotne są niedostatecznie rozwinięte, należy przyjąć równoczesny hypoewolucjonizm obydwóch grup endokrynnych (ustalonych przez Pende'go) oraz wynikającą stąd hypofunkcję obu grup hormonów.

Takim sposobem kryterjum endokrynne, ustalone na podstawie wyników otrzymanych za pomocą metody antropometrycznej, nie pozwala nam zaliczyć frenasteników biopatycznych do czystego typu endokrynnego, lecz do typów (w najrozmaitszy sposób) mieszanych.

Koncepcją patogenetyczną, że zahamowanie rozwoju psychicznego u frenasteników biopatycznych spowodowane jest anomalją narządu chromozomnego zarodka, znajdującego się w stadjum rozwoju — należy zrozumieć w tem znaczeniu, że anomalja ta (czysto endogenna) tkwi — w stanie potencjonalnym — w narządzie endokrynnym niedostatecznie rozwiniętym; wskutek tego wytworzone przez ten narząd hormony nie mogą wpływać dodatnio na rozwój somatyczny i psychiczny.

Hôpital Psychiatrique à Palermo.

LA CONSTITUTION INDIVIDUELLE CHEZ LES PHRÉNASTHÉNIQUES.

Par le Dr. J. BONASERA.

Il s'agit de recherches portant sur cent phrénasthéniques, originaires en majeure partie de Sicilie et en partie de Calabrie, se signalant par un déficit et une disharmonie du déveleppement intellectuel.

Les mensurations anthropométriques furent faites d'après la méthode du dr. Viola: taille, longueur du sternum, longueur xypho-épigastrique et épigastrique et épigastro - pubienne, longueur des membres inferieurs et supérieurs, dimension transverse et antéro-postérieure de l'hypocondre, dimension transverse du bassin.

Une fois ces mensurations faites, on obtient d'après un calcul approprié les indices suivants; l'indice du thorax, l'indice abdominal supérieur, l'indice abdominal inférieur, les indices des membres, de l'abdomen et du tronc. Ces indices traduisent les particularités morphologiques du chaque individu.

De plus, l'auteur tint compte du poids, de la circonférence du thorax et des indices du crâne.

Les résultats obtenus sont présentés en quatre tableaux: le premier concerne les rapports entre l'indice du tronc et l'indice des membres; le deuxième met en relief les rapports entre les membres et le tronc, entre le tronc et l'abdomen, ainsi qu'entre la partie supérieure et la partie inférieure de celui - ci; le troisième concerne les dimensions du thorax; le quatrième enfin — les rapports entre la circonférence du thorax et le poids, d'une part, et la taille, de l'autre.

Il resulte des recherches de l'auteur que l'équilibre naturel fait défaut chez les phrénasthéniques. Les organes ne sont pas développés d'une façon suffisante et ne fonctionnent pas régulièrement. Pour cette raison les affections chroniques du système respiratoire ainsi que du système digestif trouvent chez eux un terrain propice. Le phrénasthénique fait preuve ainsi d'une faiblesse constitutionelle.

L'auteur pose la question de savoir quelle est l'origine (endo - ou exogène) de cette faiblesse, et comment elle se présente du point de vue héréditaire. Il croit pouvoir admettre que ce sont des perturbations dans le système chromosomique qui sont à l'origine du développement insuffisant des phrénasthéniques.

Les phrénasthéniques (biopathiques) sont prédestinés ainsi à une hypoévolution générale d'ordre morphologique, à la suite d'un fonctionnement insuffisant des hormons.

Cette conception pathogénique qui ramène l'arrêt du développement psychique observé chez les phrénasthéniques biopathiques à une anomalie du système chromosomique de l'embryon doit être interprétée en ce sens que cette anomalie (purement endogène) consiste en une hypofonction d'ordre évolutif du système endocrinien; les hormons se montrent ainsi insuffisants pour activer normalement le développement somatique et psychique de l'individu.

Krajowy Zakład Psychjatr. Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

„ODRUCH Z KOSTKI ZEWNĘTRZNEJ A OBJAW PIOTROWSKIEGO."

Podał dr. K. SĄGIN (Pleszew) i dr. ST. OBERC (Dziekanka).

W odpowiedzi na publikację dra. K. Sągina: „Odruch z kostki zewnętrznej a objaw Piotrowskiego", ogłoszoną w Nowinach Psychjatrycznych (1926, II.) i w „Rivista di patologia nervosa e mentale" (fasc. 3, 1926), Ottorino Balduzzi wywodzi w „Rivista di patologia nervosa e mentale" z dn. 30. X. 26 r. — w przeciwieństwie do Sągina —, że odruch z kostki zewnętrznej nie jest cząstką objawu Piotrowskiego, lecz przedstawia odruch oddzielny, że odruch ten zjawia się także — choć rzadko — u osób normalnych i ujawnia się w skurczu mięśni łydkowych, co powoduje zgięcie podeszwowe stopy, że skurcz ten jest zupełnie odosobnionym i że niekiedy towarzyszy mu skurcz mięśnia „tibialis posticus", co powoduje zgięcie i lekką addukcję stopy.

Co się tyczy odruchu Piotrowskiego, Balduzzi podaje, że zauważył, jak wskutek uderzenia młoteczkiem w górną część mięśnia tibialis anticus następował tylko skurcz tego mięśnia, nie zaś skurcz łydki. Uderzenie w mięsień piszczelowy przedni w jego części dolnej, albo w części średniej — pisze Balduzzi — wywoływało skurcz mięśnia piszczelowego przedniego, któremu czasem towarzyszył skurcz łydki. To jest — oświadcza Balduzzi — odruch Piotrowskiego i dodaje, że nie obserwował odosobnionego skurczu łydki i obserwować go nie było możliwem, ponieważ skurcz łydki jest wynikiem odruchu rdzeniowego, skurcz zaś mięśnia piszczelowego przedniego jest zwykłym skurczem mięśniowym, wywołanym pobudzeniem mechanicznem tego mięśnia. Wynikiem zaś tych dwóch skurczów złączonych musi być wyprostowanie stopy, któremu towarzyszy lekka addukcja.

Wreszcie Balduzzi wskazuje na dwie różnice, jakie zachodzą między odruchem z kostki zewnętrznej a objawem Piotrowskiego, mianowicie: 1). odruch z kostki zewnętrznej jest odruchem okostnym, ponieważ wywołuje się go uderzeniem młoteczka w okostną kostki zewnętrznej, natomiast objaw Piotrowskiego jest odruchem ścięgnisto-mięśniowym, ponieważ otrzymuje się go drogą pobudzenia mięśnia

piszczelowego przedniego; 2). skurcz odruchowy mięśni łydki polega — w odruchu z kostki zewnętrznej — na skurczu odosobnionym mięśni łydki, w objawie zaś Piotrowskiego na skojarzeniu skurczu mięśnia piszczelowego przedniego ze skurczem łydki.

Autor zaznacza dalej, że tak odruch z kostki zewnętrznej jak i objaw Piotrowskiego występują także u osób zdrowych, u których inne odruchy ścięgniste są żywe, mianowicie odruch z kostki zewnętrznej występuje w 5%, odruch Piotrowskiego w ca 20% przypadków normalnych, pozatem zachodzi on w zachorzeniach funkcjonalnych jak neurastenja i histerja, i wtedy, gdy odruchy ścięgniste są wzmożone, a więc także w zachorzeniach mózgowo - rdzeniowych z hyperrefleksją.

Wywody Balduzzi'ego streszczone powyżej zawierają jeden kardynalny błąd, który stał się przyczyną, że wnioski jego różnią się od wniosków Sągina.

Różnice te powstały z tego powodu, że Balduzzi traktuje jako objaw Piotrowskiego objaw skojarzony, który bynajmniej nie jest objawem Piotrowskiego w jego oryginalnej postaci, lecz jest odruchem skombinowanym. Objaw, znany w literaturze jako objaw Piotrowskiego i pod tą nazwą przyjęty do Terminologji lekarskiej Gutmanna*), polega w rzeczywistości na tem, że w chorobach organicznych centralnego systemu nerwowego uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w mięsień piszczelowy przedni powoduje tylko skurcz mięśni łydki i zgięcie podeszwowe stopy, czyli wyprostowanie stopy. A zatem przy oryginalnym objawie Piotrowskiego niema ani skurczu mięśnia piszczelowego przedniego ani addukcji stopy, jak mylnie mniema Balduzzi. Piotrowski pisze wyraźnie[1]): przy uderzeniu w rozluźniony mięsień piszczelowy przedni występuje niekiedy zgięcie podeszwowe stopy, wynik właściwy odruchowi Achillesa. Faktycznie widzimy wyraźny skurcz łydki; ***zamiast mięśnia piszczelowego przedniego kurczy się jego antagonista.*** Autor stwierdza zatem ściśle, że objaw, który nosi jego nazwę, polega na skurczu mięśni łydki ze zgięciem podeszwowem stopy; niema przytem ani skurczu mięśnia piszczelowego przedniego ani żadnej addukcji. To też Piotrowski nazwał objaw ten odruchem antagonistycznym[2]). Także Sągin akcentuje wyraźnie (Rivista di patologia nervosa e mentale, fasc. 3, 1926, str. 266), że uderzenie młoteczkiem w mięsień piszczelowy

*). W. Gutmann: Medizinische Terminologie 1920. Urban & Schwarzenberg Berlin - Wien, str. 936.

1). Al. Piotrowski: Ueber einen neuen antagonistischen Reflex. Berliner Medizinische Wochenschrift. 1913 nr. 16, str. 726—728.

2) Ibidem.

przedni powoduje ***skurcz łydki i wyprostowanie stopy.*** Obserwacje Piotrowskiego, że objaw, noszący jego nazwisko, nie zachodzi u osób zdrowych i nerwowych jakoteż u chorych z hyperrefleksją i że jest objawem a priori patologicznym i patognomicznym dla organicznych zachorzeń centralnego systemu nerwowego, mianowicie mózgu, potwierdzili wszyscy badacze, którzy się właściwościami objawu tego zajmowali, co również wykazały nasze odnośne badania. Zupełnie czemś innem jest odruch mięśnia piszczelowego przedniego, który Balduzzi mylnie uważa za oryginalny objaw Piotrowskiego. Wprawdzie Piotrowski opisał objaw ten w Berliner Klinische Wochenschrift (1912, nr. 51) i w Nowinach Lekarskich (1925, nr. 3) stwierdzając, np. na str. 2412 cytowanego numeru Berliner Klinische Wochenschrift, że uderzenie w mięsień piszczelowy przedni leżącego i nieco ku wewnątrz zwróconego albo też luźno wiszącego, nienapiętego podudzia — w miejscu przyczepu mięśnia, albo też poniżej tego miejsca — powoduje w licznych przypadkach zgięcie grzbietowe i supinację stopy. Jest to reakcja odpowiadająca motorycznemu efektowi funkcji fizjologicznej mięśnia. Objaw ten Piotrowski nazwał odruchem mięśnia piszczelowego przedniego (Anticus - Reflex). Autor stwierdził dalej, że objaw ten nie zachodzi regularnie u osób zdrowych, natomiast zachodzi u osób wrażliwych, nerwowych, neuropatycznych, mianowicie u osobników z hyperrefleksją, u osób starszych, wychudzonych, fizycznie zredukowanych i obłożnie chorych, co się tłómaczy ogólnie wzmożoną pobudliwością odruchową z powodu wyczerpania organizmu, a więc także i mózgu, wskutek czego hamulce mózgowe są osłabione albo zgoła zniesione. (Z tem zgadza się spostrzeżenie Balduzzi'ego, który odruch z mięśnia piszczelowego przedniego stwierdził u 20% osób zdrowych, jako też u neurasteników i histeryków). W zasadzie jest to odruch fizjologiczny, mięśniowo-ścięgnisty. Piotrowski podkreśla, że w rzeczy samej odruch ten nie przedstawia nic szczególnego i że nabiera on znaczenia w organicznych zachorzeniach centralego systemu nerwowego tylko wtedy, gdy zmienia swoją formę, występując jednostronnie, albo po jednej stronie silniej niż po drugiej.

Widzimy stąd, że odruch z mięśnia piszczelowego przedniego i odruch antagonistyczny (tylko ten ostatni nosi nazwę objawu Piotrowskiego) przedstawiają dwa różne samodzielne objawy. Pierwszy jest w zasadzie odruchem fizjologicznym, odruchem mięśniowo - ścięgnistym, drugi natomiast jest objawem a priori chorobowym, wskazującym na organiczne zachorzenie centralnego systemu nerwowego.

Zdarzają się wyjątkowo przypadki, gdzie oba te odruchy występują razem. Na to zwrócił uwagę Piotrowski w swej drugiej pracy[1]). Tak samo zwrócił uwagę na tę okoliczność ostatnio Sągin, gdy pisał na str. 268 „Rivista di patologia nervosa e mentale" (fasc. 3, 1926), że niekiedy obserwuje się, że oba objawy, t. j. odruch z mięśnia piszczelowego przedniego i odruch antagonistyczny (objaw Piotrowskiego), występują razem. Ten sam bodziec powoduje odruch z mięśnia piszczelowego przedniego i odruch antagonistyczny (Piotrowskiego).

Kombinacje tych dwóch odruchów miał przed sobą Balduzzi i mylnie nazwał efekt ten objawem Piotrowskiego, co doprowadziło go do wniosków odmiennych od wniosków Sągina i poprzednich autorów. Z pewnością nie byłoby do tego doszło, gdyby Balduzzi za przedmiot swoich badań wybrał prawdziwy objaw Piotrowskiego w jego oryginalnej postaci, t. j. odruch antagonistyczny, objawiający się tylko odosobnionym skurczem łydki i wyprostowaniem (zgięciem podeszwowem) stopy.

Jest zrozumiałem, że w przypadkach wzmożonej pobudliwości odruchowej w organicznych zachorzeniach centralnego systemu nerwowego, gdzie objaw Piotrowskiego (odruch antagonistyczny) jest pozytywny przy równoczesnem występowaniu odruchu mięśnia piszczelowego, przedniego, — objaw Piotrowskiego może być zakryty odruchem z mięśnia piszczelowego przedniego, jak to miało miejsce w przypadkach Balduzzi'ego, atoli zdarza się to rzadko. W każdym razie zaleca się w takich okolicznościach rozłożyć objaw na jego komponenty, t. j. na odruch patologiczny (antagonistyczny) czyli objaw Piotrowskiego, i na odruch fizjologiczny z mięśnia piszczelowego przedniego.

Co się zaś tyczy charakteru oryginalnego objawu Piotrowskiego (odruchu antagonistycznego) i odruchu kostki zewnętrznej, które się objawiają w izolowanym skurczu łydki i wyprostowaniu (zgięciu podeszwowem) stopy bez skurczu mięśnia piszczelowego przedniego, to możemy się powołać na osobiste doświadczenia, które zebraliśmy, przeprowadzając ponowne badania kontrolne na wielkiej ilości pacjentów. Wynik tych badań był następujący:

Zbadano 751 pacjentów, cierpiących na różne choroby psychiczne i nerwowe (psychopathia, paranoia, paraphrenia, cyclothymia, psychosis maniaco-depressiva, psychosis circularis, psychosis reactiva, amentia, psychasthenia, neurasthenia, hysteria, cephalea, pseudodementia traumatica, commotio cerebri, chorea Sydenhami, chorea Huntingtoni, ence-

[1]) Al. Piotrowski: Ueber einen neuen antagonistischen Reflex. Berl.-Klin. Wochenschrift 1913, nr. 16, i Nowiny Lekarskie, rocznik 25., nr. 4.

phalitis epidemica, psychosis organica, degeneratio nuclei lenticularis, epilepsia, idiotismus, catatonia, schizophrenia, dementia alcoholica, dementia arteriosclerotica, dementia senilis et praesenilis, dementia paralityca, taboparalysis, lues cerebrospinalis, sclerosis multiplex) i stwierdz. w 132 przypad. objaw Piotrowskiego bądź obustronnie, bądź jednostron., lub występujący po jednej stronie silniej niż po drugiej i to w chorobach organicznych (mianowicie: w dementia senilis 4, epilepsia 20, idiotismus 32, catatonia 7, dementia alcoholica 2, arteriosclerosis cerebri 7, schizophrenia 28, dementia paralytica 7, lues cerebrospinalis 2, psychosis organica 1, commotio cerebri 2, encephalitis 11, sclerosis multiplex 7, chorea Huntingtoni 1, degeneratio nuclei lenticularis 1), między tymi ustalono 103 przypadki z odruchem z kostki zewnętrznej, który występował tylko tam, gdzie pole refleksogenne objawu Piotrowskiego rozszerzało się na całą goleń. Jednostronny odruch z kostki zewnętrznej występował przy obustronnym objawie Piotrowskiego tylko tam, gdzie Piotrowski objawiał się w silniejszym stopniu, natomiast nie obserwowano odruchu z kostki zewnętrznej jako odruchu samotnego, t. j. bez objawu Piotrowskiego. Rozumie się, że gdy mówimy o objawie Piotrowskiego, mamy na myśli objaw oryginalny, mianowicie opisany przez autora przed czternastu laty (skurcz mięśnia łydki z podeszwowem zgięciem stopy), a nie objaw w pojmowaniu Balduzzi'ego. Tylko w 10 przypadkach obserwowaliśmy objaw skombinowany, t. zn. odruch antagonistyczny (Piotrowskiego) + odruch z mięśnia piszczelowego przedniego, t. j. objaw, na który powołuje się Balduzzi.

Celem skontrolowania naszych doświadczeń sposobem graficznym, przy pomocy aparatu registracyjnego Zuntz'a, przeprowadziliśmy odnośne eksperymenty na paralityku, który wykazywał wyraźne obrazy odruchu antagonistycznego Piotrowskiego, — odruchu z kostki zewnętrznej objawu skombinowanego w pojmowaniu Balduzzi'ego (Piotrowski + odruch z mięśnia piszczelowego przedniego). Uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w górną część mięśnia piszczelowego przedniego, wzgl. w miejsce jego przyczepu, — powodowało tylko izolowany skurcz tego mięśnia albo jego skurcz z addukcją stopy, któremu towarzyszył skurcz mięśni łydkowych z podeszwowem zgięciem stopy, t. j. wynik obserwowany przez Balduzzi'ego, natomiast uderzenie w dolną część mięśnia piszczelowego przedniego, t. j. na granicy między częścią środkową a dolną, powodowało tylko skurcz mięśni łydki ze zgięciem podeszwowem stopy bez równoczesnego skurczu mięśnia piszczelowego przedniego i bez addukcji stopy. Ten sam wynik otrzymaliśmy z kostki zewnę-

trznej. Załączone krzywe przedstawiają: a) odruch skombinowany w pojmowaniu Balduzzi'ego (fig. 1.), b) odruch antagonistyczny Piotrowskiego (fig. 2 ze znakiem „a"), — i c) odruch z kostki zewnętrznej (fig. 3 ze znakiem „m"). Haczyk wstępny każdej krzywej oznacza wstrząs kończyny przy uderzeniu młoteczkiem perkusyjnym. Widzimy, że krzywa „m" fig. 3 jest równa krzywej „a" fig. 2, t. z. że odruch z kostki zewnętrznej jest identyczny z objawem Piotrowskiego.

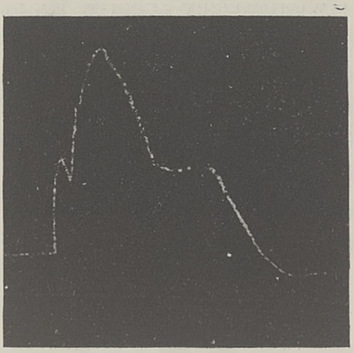


FIG. 1.

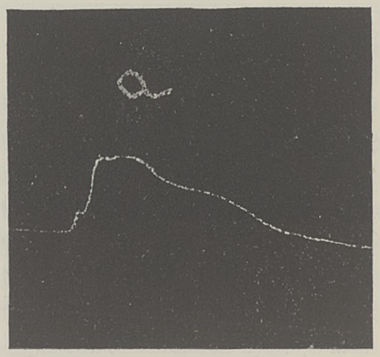


FIG. 2



FIG. 3.

Należy w tem miejscu nadmienić, że podczas badań przeprowadzonych na pacjentach, zauważyliśmy kilku chorych z rozpoznaniem psychozy funkcjonalnej, jak: psychosis maniaco-depressiva, amentia, melancholia, mania, psychopathia, „psychosis", w których stwierdziliśmy objaw Piotrowskiego i odruch z kostki zewnętrznej. Zdawało się na razie, że zjawisko to przemawiałoby przeciwko zapatrywaniu Piotrowskiego i innych autorów, że odruch antagonistyczny Piotrowskiego zachodzi tylko w organicznych zachorzeniach centralnego systemu nerwowego, jednakowoż dodatkowe badania kliniczne tych przypadków i uzu-

pełnienie dat anamnestycznych wykazały, że nie są to osoby cierpiące tylko na psychozy funkcjonalne, lecz przypadki organiczne, mianowicie, w przypadku z rozpoznaniem psychosis maniaco-depressiva stwiedziliśmy lues cerebri, w przypadkach z djagnozą amentia rozpoznaliśmy porażenie postępujące i sclerosis multiplex, w psychozie melancholijnej dochodzenia anamnestyczne ujawniły ciężki wstrząs mózgu, w przypadkach psychopatji rozpoznaliśmy katatonję i encephalitis, chory znów z rozpoznaniem manji ma daleko posuniętą arterjosklerozę mózgu, a w przypadku z rozpoznaniem „psychosis“ stwierdziliśmy „chorea Huntingtoni”.

Badania nasze rozszerzyliśmy na cały szereg osób nerwowo zdrowych, ażeby raz jeszcze przekonać się, czy objaw Piotrowskiego i odruch z kostki zewnętrznej zachodzi u osób zdrowych. Zbadaliśmy 80 przypadków (31 mężczyzn i 49 kobiet) i u 6 badanych (3 m. i 3 k.) stwierdziliśmy pozytywny objaw Piotrowskiego, między tymi cztery osoby wykazywały odruch z kostki zewnętrznej po stronie, gdzie Piotrowski był wzmożony. Dokładne badanie neurologiczne wydało następujący obraz:

1). Badany N. — Objaw Piotrowskiego po prawej stronie dodatni, brak odruchu z kostki zewnętrznej, asymetrja twarzy, enophthalmus po stronie lewej, adiadochokineza, blizny na języku.

2) Badany Z. — Piotrowski pr. > l., odruch z kostki zewnętrznej po prawej stronie, hyperhydrosis, nystagmus, drżenie zamiarowe, napady z utratą przytomności.

3). Badany R. — Piotrowski obustronnie, odruchu z kostki zewnętrznej niema, Romberg +, hyperrefleksja, pr. > l., siła motoryczna pr. < l. (badany nie jest mańkutem), nystagmus.

4). Badany G. — Piotrowski l. > pr., odruch z kostki zewnętrznej po lewej stronie, Romberg +, hyperrefleksja, „sztywne kolana“, słabość ruchowa w kończynach dolnych, nystagmus.

5). Badany J. — Objaw Piotrowskiego i odruch z kostki zewnętrznej obustronnie dodatni, Romberg występuje silnie, koordynacja naruszona: badany nie może stać na jednej nodze, nie może utrzymać równowagi, gdy ma iść z otwartemi oczyma po prostej linji. Badany miewa stany omdlenia.

6). Badany L. — Objaw Piotrowskiego l. > pr., odruch z kostki zewnętrznej po lewej stronie, Romberg +, hyperrefleksja l. > pr., klonus stopowy l. > pr., słabość ruchowa w kończynach dolnych.

Badania wykazały, że nie może tu być mowy o osobach nerwowo zdrowych. Objawy stwierdzone wskazują na organiczne zachorzenia centralnego systemu nerwowego.

Stwierdzamy więc, tak jak i poprzedni autorzy, że odruch antagonistyczny Piotrowskiego polega na skurczu mięśni łydkowych ze zgięciem podeszwowem stopy bez równoczesnego skurczu mięśnia piszczelowego przedniego z addukcją stopy; tam zaś gdzie obok odruchu antagonistycznego Piotrowskiego występuje równocześnie odruch z mięśnia piszczelowego przedniego, mamy do czynienia z objawem skombinowanym złożonym z dwóch odruchów, t. j. z patologicznego odruchu antagonistycznego (objaw Piotrowskiego) i z fizjologicznego odruchu z mięśnia piszczelowego przedniego (Anticusreflex). Ponieważ odruchu z kostki zewnętrznej nie stwierdziliśmy ani razu jako odruchu samotnego, lecz zawsze wtedy, gdy pole refleksogenne odruchu antagonistycznego Piotrowskiego było znacznie rozszerzone, przeto wnioskujemy, że odruch z kostki zewnętrznej stanowi cząstkę objawu Piotrowskiego. Istnieje tu ta sama zasada co w przypadkach odruchu kolanowego ze znacznie rozszerzonem polem refleksogennem, w których efekt odruchu kolanowego można wywołać nietylko ze ścięgna rzepkowego, lecz z całego podudzia a więc także z mięśnia piszczelowego przedniego. Tak samo można efekt odruchu okostnego piszczeli w przypadkach rozszerzonego pola refleksogennego wywołać nietylko z piszczeli, ale także i z mięśnia piszczelowego przedniego. W obu tych przypadkach nie będziemy mówili o jakimś osobnym odruchu z mięśnia piszczelowego przedniego lecz o wzmożonym odruchu kolanowym względnie o odruchu okostnym piszczeli, wywołalnym z mięśnia piszczelowego przedniego.

Rozumowania te prowadzą z konieczności do wniosku, że i odruch z kostki zewnętrznej w istocie swej jest objawem Piotrowskiego wywołalnym także z kostki zewnętrznej, gdy pole refleksogenne objawu jest rozszerzone na okolice tejże.

Hópital Psychiatrique Public du Pays de Posnanie à Dziekanka — Dir. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

„LE REFLEXE DE LA MALLEOLE EXTERNE ET LE PHENOMENE DE PIOTROWSKI".

Par le dr. CH. SĄGIN (Pleszew) et le dr. ST. OBERC (Dziekanka).

Comme suite à la publication de dr. Ch. Sągin: „Le réflexe de la malléole externe et le phénomène de Piotrowski", parue dans les Nowiny Psychjatryczne (1926, II.) et dans la „Rivista di patologia nervosa e mentale" (fasc. 3, 1926.) Ottorino Balduzzi affirme dans la „Rivista di patalogia nervosa e mentale" (à la date du 30. oct. 1926, fasc. 5), contrairement à Sągin, que le réflexe de la malléole externe ne constitue pas une partie essentielle du phénomène de Piotrowski, mais bien un réflexe à part, et que ce réflexe se produit quoique rarement chez les personnes normales et se manifeste par la contraction des muscles jumeaux, causant ainsi l'extension (flexion plantaire) du pied, que cette contraction est isolée, et parfois accompagnée d'une contraction du jambier postérieur, ce qui produit une flexion et une légère adduction du pied.

Quant au phénomène de Piotrowski Balduzzi affirme avoir observé qu'un coup du marteau à percussion frappé à la partie supérieure du jambier antérieur déterminait seulement une contraction de ce muscle, et non pas une contraction des muscles jumeaux. Uu coup frappé au jambier antérieur, à sa partie inférienre, et surtout à la partie moyenne, dit Balduzzi, provoque une contraction du jambier antérieur, accompagné parfois d'une contraction des jumeaux. C'est là, dit Balduzzi, le phénomène de Piotrowski.

Ce n'est justement pas le phénomène de Piotrowski, affirment les auteurs. Le phénomène de Piotrowski dans sa forme primitive, comme l'ont déjà dit Piotrowski et d'autres auteurs, consiste en ce que dans les maladies du système nerveux central et en particulier dans celles du cerveau, un coup du marteau à percussion, donné au jambier antérieur, le pied étant tenu légèrement en flexion dorsale, au lieu de causer une contraction physiologique de ce muscle, avec adduction de la plante du pied, provoque un réflexe opposé, antagoniste, c'est à dire

une contraction isolée des jumeaux et une flexion plantaire (extension) du pied.

Ici il n'y a donc pas de contraction du jambier antérieur, ni d'adduction du pied. Partout où ce phénomène (contraction du jambier antérieur et adduction du pied) se produit, nous avons affaire à une combinaison du réflexe pathologique antagoniste de Piotrowski avec le réflexe physiologique du jambier antérieur. (fig. 1).

Les auteurs ont axaminé 831 personnes tant bien portantes qu'atteintes de diverses affections mentales ou de maladies organiques du système nerveux central et ont constaté la présence du phénomène de Piotrowski, à savoir: une contraction isolée des muscles jumeaux et une flexion plantaire (extension) du pied (fig. 2) dans 132 cas de maladies organiques du système nerveux central, parmi lesquels dans 103 cas ils trouvèrent le réflexe de la malléole externe (fig. 3) qui cependant na se produisait jamais spontanément comme phénomène indépendant, mais était toujours associé au phénomène de Piotrowski, là où la zone réflexogène de ce phénomène était étendue à toute la jambe, y compris la région de la malléole externe.

En conséquence, les auteurs concluent que le réflexe de la malléole externe est une partie essentielle du phénomène de Piotrowski, qui ne se produit pas chez les personnes saines, mais constitue un phénomène pathognomonique des maladies organiques du système nerveux central et du cerveau en particulier.

Z Kliniki chorób nerwowych i psychicznych Królewskiego Uniwersytetu we Florencji. — Dyrektor prof. E. Tanzi.

Z PRAC NAJNOWSZYCH O ETJOLOGJI I PATOGENEZIE OTĘPIENIA WCZESNEGO.*)

Podał dr. V. M. BUSCAINO, adjunkt i docent.

Różne są drogi, któremi zdążają do celu badacze czynników etjologicznych i mechanizmów patogenetycznych otępienia wczesnego: jedni kładą nacisk specjalny na stronę psychologiczną, inni — na konstytucjonalno-dziedziczną, inni znów — endokrynną, anatomo-patologiczną, itp.

Mojem zdaniem jednak, badania podjęte w kierunku histo-neuropatologicznym oraz serologicznym dały wyniki o tyle dodatnie, że pozwalają spodziewać się całkowitego rozwiązania etjo-patogenetycznego problemu omawianej psychozy.

Jakież zmiany anatomo-patologiczne znajdujemy w mózgu chorego na dementia praecox?

Znaną mi jest cała odnośna literatura, którą analizowałem krytycznie, szczegółowo, w trzech czasopismach syntetyczno-krytycznych. Pozatem, przyczyniłem się też osobiście do badań histopatologicznych, ogłaszając wyniki dziesięciu przypadków badań odnośnego zachorzenia. Dotychczas zbadano ogółem, pod różnymi kątami widzenia, nie mniej niż 750 mózgów dotkniętych otępieniem wczesnem. Analizując uważnie te dane, stwierdzamy dwa (prawie u wszystkich badaczy wspólne) wnioski:

1). Conajmniej w 50% przypadków rozwija się otępienie wczesne w tych częściach mózgu i jego oponach, które doznały uszkodzeń w okresie życia płodowego, wzgl. po urodzeniu. (Anomalje ewolucyjne, ogniska leptomeningityczne, itd.) Wyniki te obliczone zostały na podstawie prac publikowanych w latach 1925—26.

2). w mózgu chorego na otępienie wczesne rozwijają się procesy histopatologiczne, nie natury zapalnej, lecz — zwyrodnieniowej, w komórkach nerwowych, w komórkach gleju, we włóknach nerwowych, w tkance podstawowej.

*) Z manuskryptu włoskiego tłomaczył Br. M.

Wśród anatomicznych zmian komórek nerwowych należy wymienić przedewszystkiem zwyrodnienie wodniczkowe (degeneratio vacuolovescicularis) tychże oraz formy ciężkich uszkodzeń rozmaitego nasilenia, aż do zupełnego zaniku komórek ogniskowo rozmaicie rozsianych.

Z pośród różnych typów patologicznych zmian we włóknach nerwowych spotykamy rozpad gronkowy („zolle di disintegrazione a grappolo"), o którym pisałem już w 1920 r. Znalazłem go w substancji białej, w zwojach podstawowych, oraz w innych warstwach pozakorowych; pisano o nich i we Francji, w 1923 r., jako o „ogniskach zwyrodnienia śluzowego" (Grynfeldt, Pélissier i in.). Bryłki o kształcie winogrona nie są cechą specyficzną otępienia wczesnego. Według moich badań, są one wyrazem zmian histochemicznych, nie zaś budowy, tkanki nerwowej, — co stwierdził Bolsi i ja. Pozatem wykazano zupełnie jasno, że i komórki nerwowe (Bolsi) i komórki glejowe (Grynfeldt, Pélissier, Bolsi, Mazzanti) mogą brać udział w formowaniu się tychże. Badania moje oraz badaczy późniejszych pozwalają dzielić owe gronka rozsiane oraz postacie (pod względem morfologicznym i histochemicznym) pokrewne na 10 różnych typów, o odmiennych cechach budowy i zabarwienia. Przedstawiają się w zasadzie jako plamki mikroskopijne, o kształtach rozmaitych, często — winogron, znajdujące się ciągle w związku z tkanką otaczającą, od której różnią się nietylko odmiennym wyglądem, lecz i cechami histochemicznemi. Nie są one wynikiem złogów, które osiadają na zdrowym systemie nerwowym, lecz skutkiem zmian w najdrobniejszych warstwach tkanki nerwowej.

Opis mój owych bryłek wywołał różne zarzuty: mówiono że bryłki tworzą się wskutek złego utrwalenia (Lewy), że są tylko błędami technicznymi (Mingazzini), że są to twory sztuczne, bez żadnego znaczenia biologicznego, powstające wskutek działalności utrwalaczy alkoholowych (Salustri, Ansalone, Antona); że są to twory sztuczne powstałe wskutek działania formaliny (Blondi) kwasu fosforomolibdenowego (Creutzfeldt), wskutek preperacji tkanki (Bielschowski), że są to odkrycia na tle agonji (Bielschowski).

Jak widzimy, zdania były na ten temat podzielone. Z obecnego stanu badań, po moich odpowiedziach i po ukazaniu się prac najnowszych, — wynika, że olbrzymia większość autorów, którzy z mikroskopem pracowali nad tem zagadnieniem, jest przekonaną o znaczeniu patalogicznem bryłek. Z pośród licznych badaczy tej kwestji (ja sam, Monakow, Ansalone, Marcus, Barbieri, Salustri, D'Antona, Bellavitis, De Lisi, Insabato, Bolsi, Mazzanti, Grynfeldt, Pélissier, D'Hollander, Rubbens, Van Bogaert, Nagasaka, De Allende, Navarro, Guiraud, Ey, Ferraro,

Simon) jedynie trzeci, piąty, szósty i siódmy przyznali, że bryłki, a ściśle mówiąc, bryłki typu pierwszego, są banalnymi sztucznymi tworami technicznymi.

Bryłki zwróciły na siebie uwagę tak licznych i poważnych badaczy z dwóch względów:

1). Ponieważ zauważyłem, że owe bryłki, rozsiane w tkance nerwowej, są według wszelkiego prawdopodobieństwa — w znacznej części — przyczyną powstania anormalnej czynności kojarzeniowej chorujących na otępienie wczesne, i to z powodu zmian, które powodują warjacje histochemiczne w rozwoju procesów nerwowych.

2). Według zebranego przeze mnie materjału, bryłki są jednym z histoneuropatologicznych wyrazów zatrucia aminą wzgl. substancją aminy typu pierwszego.

Istotnie:

a). bryłki o kształcie winogrona znalazłem, jedynie w górnej części opuszki, u dwóch królików, którym zastrzyknięto histaminę. Wyniki badań Barbieri'ego są ujemne (przy słabszych dawkach histaminy); w przypadkach pozytywnych są to albo bryłki wątpliwe typu I-go, albo też typów różnych (substancja która nie zabarwia się toluidyną);

b). Rozental zauważył — u królików, którym zastrzyknął inną aminę, a mianowicie guanidynę — drobniutkie uszkodzenia włókien nerwowych, identyczne z temi, które w jednej z prac moich określiłem jako twory początkowe typu A bryłek, które dziś zaliczamy do typu III-go;

c). pojedyńcze bryłki stwierdziłem u psa, któremu zastrzyknąłem morfinę.

d). pojedńcze bryłki stwierdziłem u psów zatrutych kalomelem, przy jednoczesnych ciężkich objawach ze strony przewodu pokarmowego (przejście aminy do krwiobiegu);

e). bryłki stojące w związku z naczyniami (prawdopodobnie typu III-go) stwierdził Brancati u zwierząt, którym zastrzyknięto substancję pochodzącą od przyżeganej świnki morskiej (substancję organiczną zasadową, mało używaną w podobnych eksperymentach);

f). rozsiane plamki substancji metachromatycznych (jako wytwory objawów zwyrodnienia miejscowego — pierwotnego, włókien nerwowych) zauważyli, za pomocą metody Donaggio, pp. Luzzatto i Levi u psów, którym zastrzygnięto inną aminę: winilaminę;

g). Ogniska zwyrodnienia śluzowego stwierdził Pélissier u psów, u których wykonano parathyroidektomję (zatrucie aminą, w rodzaju guanidyny — Paton, Franck, Herxheimer, i in.). Według Spadolini'ego następuje to w dużej mierze wskutek wnikania do krwiobiegu substancji typu aminy, przy wzmożonej przepuszczalności barjery jelit.

Wymienionych dziesięciu typów bryłek nie stwierdzono dotąd u zwierząt (świnek morskich, królików, psów) zupełnie zdrowych; nie zauważono ich również, w pewnych kategorjach chorób, u człowieka Buscaino, De Allende, Navarro, D'Hollander, Rubbens, Van Bogaert); stwierdzono je głównie u chorych na otępienie wczesne (Buscaino, Ansalone, Marcus, Barbieri, Bolsi, Mazzanti, Nagasaka, De Allende, Navarro, Guiraud, Ey), na amentia (Buscaino, D'Hollander, Rubbens, Van Bogaert), oraz u postencefalityków (Pélissier).

Zmiany zwyrodnieniowe w mózgu chorych na dementia praecox nie są rozsiane równomiernie lecz tworzą ogniska, nietylko w korze mózgowej, lecz i w zwojach podstawowych, w śródmózgowiu, w móżdżku, w moście, względnie też w opuszce. Naogół spotykamy stale uszkodzenia w korze mózgowej — prawie stale — we wzgórku wzrokowym (talumus). Najczęstszemi są uszkodzenia w corpus striatum oraz innych jądrach pozapiramidowych w zespołach katatonicznych. Wynika stąd, że w mózgu chorych na otępienie wczesne znajduje się ogromna ilość chorobowych ognisk drobnych, czy to skupionych więcej w warstwach pozakorowych, czy też w korze mózgowej, — nierównomiernie rozmieszczonych w pojedyńczych płatach; przeważają one w płacie czołowym, o rozmaitej budowie architektonicznej. Są nierównomiernie rozsiane w poszczególnych warstwach, lecz specjalną mają predylekcję do warstwy trzeciej, piątej i szóstej.

Czy zmiany te, które stwierdzono, związane są z chorobą? Według opinji ogromnej większości badaczy (nie wyłączając mnie) — tak. Uszkodzenia poważne zauważono bowiem i w wypadkach śmierci, nie spowodowanej chorobami przygodnemi, (Goldstein 10, Frankhauser 2, Montesano, Orton, Alzheimer 13, Rizza, Rosental, Ranke, Morse 17, Josephy 3, Scholz, Markus 2, Naito 3, Władyczko, Bolsi, Münzer, Pollak, Fünfgeld).

Z wszystkich tych spostrzeżeń najbardziej pouczające są te, w których śmierć nastąpiła nagle i nie była poprzedzona chorobą,

zwłaszcza w przypadkach samobójstwa (jeden przypadek Fankhausera, jeden — Josephy'ego, jeden — Münzera i Pollaka), w przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (spostrzeżenia Josephy'ego: uduszenie wskutek dostania się żywności do dróg oddechowych), u zmarłych na nieprzewidziany zapad *bez objawów podniecenia psychomotorycznego,* bez podniecenia katatonicznego (jeden przypadek Goldsteina, jeden — Fankhausera, jeden — Montesano, jeden — Ortona, jeden — Josephy'ego, dwa — Mazzanti'ego), bez objawów patologicznych, zwłaszcza natury zakaźnej, w trzewiach (objawów mogących wyjaśnić przyczynę śmierci).

Jest jasnem, że stwierdzone naogół uszkodzenia nie są wynikiem zmian pośmiertnych ,gdyż mamy wypadki śmierci nagłej, gdzie przytem dokonano autopsji w pięć godzin po zgonie (Fünfgeld), około trzech, czterech godzin (Fankhauser), trzech godzin (Münzer i Pollak), dwóch i pół godziny (Ranke), oraz jednej godziny po zgonie (Rosental), a wzmiankowane objawy zostały pozytywnie stwierdzone.

Nierównomierność w rozmieszczeniu tych zmian — wykazana (prócz mnie) przez: Naito, Nagasaka, Marburga, Münzera, Fünfgelda, — przemawia zupełnie wyraźnie za charakterem *dysocjacyjnym* (Lugano, Bleuler, Stransky, i in.) symptomów schizofrenicznych. ,

Fakt, że uszkodzenia znajdujemy w warstwach podstawowych („zona vegeto-emotiva"), w drogach korowo-pozakorowych i w pewnych warstwach tychże (3, 6), przemawia dostatecznie za dysocjacją*) w sferze intelektualno-wzruszeniowej. Udział wreszcie ośrodków pozakorowych w czynnościach pozapiramidowych, wyjaśnia nam przyczynę symptomatologji katatonicznej*) u niektórych chorych.

Objawy katatoniczne, występujące u chorych na otępienie wczesne, nie są pochodzenia psychicznego, lub wytworem podświadomie powstających kompleksów, lecz wynikają z toksycznych procesów chorobowych w ośrodkach nerwowych regulujących napięcie: ekstrapsychiczne zaburzenia ośrodków pozapiramidowych stanowią poszczególne bodźce, które powstają w dysocjowanym mózgu schizofrenika i uwidoczniają się później w sferze motorycznej.

U chorych na otępienie wczesne nie można więc wadliwej ich psychiki wytłómaczyć jedynie psychopatyczną konstytucją. Można *tu winić* aż do przesady rozmaite konstytucjonalne odcienia psychiczne,

*) Kwestje — poruszone tu pobieżnie -- rozwinął autor szczegółowo w licznych swych pracach.

lecz między psychiką tych ostatnich a psychiką chorych na otępienie wczesne istnieje przepaść. Przepaść, — bo mózg tego rodzaju chorych jest usiany zmianami — z początku może tylko histochemicznemi, później i morfologicznemi, zgrupowanemi nader nierównomiernie w poszczególnych warstwach mózgu.

Proces biologiczny rozwijający się na tle otępienia wczesnego, powoduje więc zmiany organiczne w układzie nerwowym tych chorych, zmiany typu zwyrodnieniowego, które — ze względu na ich charakter (rozsianie ognisk chorobowych, z predylekcją do warstwy trzeciej, zwyrodnienie wodniczkowe komórek nerwowych) — należy uważać jako wytwory natury zewnątrzpochodnej w stosunku do mózgu, a ściśle mówiąc, jako skutek intoksykacji substancjami organicznemi zasadowemi (typu aminowego).

Fakt intoksykacji chorych na otępienie wczesne substancjami organicznemi typu aminy potwierdził cały szereg badań urologicznych. W 1921 r. pisałem o nader często stwierdzonym czarnym osadzie (reakcja z azotanem srebra, po ogrzaniu) w moczu chorych na amencję i na otępienie wczesne. Przy obecnym stanie badań, wynik dodatni tejże reakcji jest wyrazem ***zwiększenia ilościowego*** oraz różnorodnych zmian ***jakościowych*** (w porównaniu do warunków normalnych) ***organicznych substancji zasadowych*** (typu aminy), zarówno pierwotnych jak i wtórnych.

Ilościowemu zwiększeniu się towarzyszy zazwyczaj hypochlorurja. Zwiększenie owo spotykamy w wielu chorobach infekcyjnych (szczególnie w wypadkach zapalenia płuc i tyfusu) w amencji, u chorych na otępienie wczesne, w melancholji inwolucyjnej, u epileptyków biopatycznych w związku z napadem, — niema go zaś u normalnych, ani u manjaków, ani też u „czystych" melancholików.

Powyższe dane opierają się na 8350 reakcjach dokonanych częściowo przeze mnie (3500), częściowo przez licznych innych badaczy. Badania te wykazały w całej pełni słuszność moich wywodów w tej kwestji. Potwierdzają je pozatem badania starsze, nowsze i najnowsze, dokonywane innymi sposobami. Na dowód, że reakcja czarna jest spowodowana substancjami zasadowemi (z derywatów amonjaku), przytaczam jeszcze następujące fakty:

1). mocz o reakcji czarnej daje osad z rozczynem jodu z jodkiem, zaś z chlorkiem platyny — pojedyńcze kryształki, z kwasem pikrynowym — pojedyńcze kryształki.

2). substancje powodujące reakcję czarną tworzą osad z kwasem fosforowolframowym, z dwuchlorkiem rtęci, z azotanem srebra; zmieniają się gdy je poddamy ***procesowi dysamidacji.*** Są obecne wraz z osadem frakcjonowanym podług Weissa, we frakcji drugiej i trzeciej (zasady purynowe i zasady imidazolowe), nie zaś we frakcji pierwszej (kwas moczowy).

3). z pomiędzy organicznych substancji, mogących dać osad zabarwiony lub też czarny, o charakterze zbliżonym do strątu w moczu ludzkim, wyróżniają się — aminy pierwotne i wtórne.

Uwydatniające się coraz silniej odmiany ilościowe są wynikiem zwiększenia poszczególnych frakcji osadów czarnych oraz zwiększenie ilości aminów i amonjaku w moczu o reakcji czarnej w stosunku do normalnych). W piśmiennictwie poprzedzającem moje badania (w przedmiocie amencji i otępienia wczesnego) spotykamy dane co do ***zwiększenia zasadowych substancji, dających możność strątu*** z $AgNO_3$ interpretowanego mylnie jako wyłącznie zasady purynowe, podczas gdy argentum nitricum strąca i zasady imidazolowe: zasady iminowe w ogólności.

Odmiany jakościowe wynikają z licznych innych danych. Stwierdzono je m. in., w następstwie działania kwasu chromowego oraz dwuchromianu amonjaku na strąty czarne, podczas gdy badania dokonane z substancjami organicznemi potwierdziły również słuszność stosowania tej metody różniczkowania. Wyodrębnienia wszystkich substancji organicznych typu aminy znajdujących się w moczu o reakcji czarnej, dotychczas nie dokonano. Jedynie w moczu jednego chorego dotkniętego amencją stwierdziłem cechy chemiczne, które wskazywały na obecność substancji typu histaminy, zawierającej także jądra pirymidynowe.*)

Na 217 chorych na otępienie wczesne, zbadanych conajmniej po trzy razy, oraz na 2117 reakcji dokonanych przeze mnie i przez licznych innych badaczy, — reakcja czarna była pozytywną w 51% przypadków (40% w amencji, 84% u chorych na tyfus, 84% w przypadkach zapalenia płuc); jest ona częstszą w początkach choroby aniżeli po upływie paru lat, tak u hebefreników, jak i u katatoników i paranoików. Poszczególne typy strątów są zwłaszcza częste u katatoników; reakcje są naogół odmienne od tych które spotykamy w gruźlicy narządu odde-

---

*) Pierścień imidazolowy histaminy i pirymidynowy znalazł w strącie czarnym, w swych dalszych badaniach, Galvialo.

chowego: stąd wniosek, że proces patogenetyczny w dementia praecox jest niezależny od zatrucia pochodzenia gruźliczego.

W rzeczywistości badania moje wykazują, że pozytywność reakcji czarnej w przypadkach otępienia wczesnego daje odsetek o wiele wyższy, a w niektórych badaniach prawie że 100%.

Dane urologiczne zgadzają się więc z wynikami badań histopatologicznych (bryłki rozpadu gronkowego) we wniosku, że w otępieniu wczesnem chodzi o zatrucie zasadowemi substancjami organicznemi typu aminy, a ściślej mówiąc, — zasadowemi substancjami organicznemi z grupą aminową i iminową.

Tyle co do zagadnienia patogenetycznego.

Gdzie tworzą się zasadowe substancje organiczne typu aminy, znajdujące się w moczu chorych na otępienie wczesne?

Z badań nad reakcją czarną wynika, że owe patologiczne substancje organiczne wydzielają się *w pierwszym rzędzie* przez mocz zakaźnie chorych.

Co do otępienia wczesnego, to badania histopatologiczne stwierdzają wyraźnie, że niema tam absolutnie ***żadnych procesów infekcji*** w mózgu. Nie jest jednak wykluczonem u chorych na otępienie wczesne — ***istnienie ognisk infekcyjnych w innych częściach organizmu,*** mogących spowodować zatrucie aminą, która wpływa później na system nerwowy.

Co się tyczy ewtl. możliwości zakaźnego pochodzenia otępienia wczesnego, należy zaznaczyć że ostatniemi czasy uwydatnia się wyraźnie kierunek sprzyjający gruźliczej etjologji schizofrenji. Nie można się nie zgodzić z ogólnymi poglądami Ciarla. Wiemy dobrze, że proces etjologiczny może dać objawy zgoła odmienne. *Teoretycznie* można przypuścić, że gruźlica *może* dawać objawy pomieszania, schizofrenji, i inne. Nie idzie tu jednak o to, czy gruźlica *może* być przyczyną otępienia wczesnego — natomiast zagadnienie jest tego rodzaju: *czy w rzeczywistości gruźlica jest często przyczyną otępienia wczesnego?*

1). Ciarla opublikował około 10 historji choroby schizofreników, u których stwierdzono gruźlicę przed powstaniem zaburzeń umysłowych. Przypadkom tym można przeciwstawić z piśmiennictwa drugie tyle — a nawet więcej — przypadków chorych na otępienie wczesne, którzy znaleźli się na stole sekcyjnym w pełni rozwoju choroby umysłowej (mam na

myśli szczególnie wyżej wspomniane wypadki nagłej śmierci) — bez żadnych śladów procesów gruźliczych w trzewiach;

2). Stwierdzono kilkakrotnie wysoki odsetek chorych na otępienie wczesne, umierających z wyraźnemi objawami gruźlicy w trzewiach (Durocher, Mallet, Gosline, Roetsrowitch, Zalla, D'Allessandro, Ciarla).

Wielu jednak jest zdania, że te statystyki nie wykazują zupełnie ściśle związku *przyczynowego* między gruźlicą a otępieniem wczesnem.

I rzeczywiście — jeżeli badamy statystyki śmiertelności z powodu gruźlicy, wedle zawodów, zauważymy np., że śmiertelność u studentów wynosi więcej niż 50%. A nikt chyba nie wyciągnie z tej statystyki wniosku, że młodzieniec chwyta się studjów, ponieważ choruje na gruźlicę! Z tego samego powodu nie można przyjąć, że chorzy na otępienie wczesne (u których, według statystyki, śmiertelność z powodu gruźlicy również jest wysoką wzgl. bardzo wysoką) zapadli na tę chorobę z powodu gruźlicy. Ponieważ wiek młodzieńczy oraz studja ułatwiają rozwój gruźlicy, możnaby sądzić (jak słusznie zauważono), że właśnie otępienie wczesne jest warunkiem chorobowym *ułatwiającym* rozwój gruźlicy. Ze względu na to, że schizofrenja jest chorobą wybitnie chroniczną, zaczęto upatrywać przyczynę intensywniejszego rozwoju gruźlicy w długim pobycie w zakładzie dla umysłowo chorych. Badania dra. Zalli wykazały jednak, że na karb dłuższego bytowania w zakładzie nie można kłaść łatwego rozwoju gruźlicy u chorych na otępienie wczesne.

Nie ulega kwestji, że bardzo wysoki odsetek chorych na otępienie wczesne umiera na gruźlicę. Tłómaczenie jednak tego zjawiska z biegunowo przeciwnego punktu widzenia jest, mojem zdaniem, bardziej uzasadnione: nie gruźlica jest przyczyną otępienia wczesnego, lecz przeciwnie, otępienie wczesne (a conajmniej warunki biologiczne, będące podłożem otępienia wczesnego) ułatwia rozwój gruźlicy.

a). Z badań — przedewszystkiem — Kretschmera (potwierdzonych przez licznych badaczy) wynika, że wśród chorych na otępienie wczesne przeważają osobniki o konstytucji „mikrosplanchnicznej“ (jak to określamy we Włoszech, wedle nomenklatury dra. Viola).

Niektórzy badacze zauważyli zupełnie słusznie, że ten typ konstytucji morfologicznej przeważa u chorych na gruźlicę (wybitniejsze typy prowadzą do dawniejszego określenia „habitus phtisicus“). Mikrosplanchnja, spotykana często u chorych na otępienie wczesne, tłómaczy nam więc częste wypadki gruźlicy u tych chorych.

b). Badania dra. Santangelo wykazały, u chorych na otępienie wczesne, proces toksyczny wyczerpujący bardzo szybko zasoby antytoksyczne organizmu: 1. badania nad wskaźnikiem antyhemolitycznym Condorelli'ego, 2. zmniejszanie się tegoż u większości chorych na otępienie wczesne.

To osobliwe zatrucie jest, mojem zdaniem, czynnikiem osłabiającym organizm i tem samem ułatwiającym rozwój gruźlicy. Obok badań dra. Santangelo przytoczę tu badania krwi, co do zawartości cholestyryny, — u chorych na otępienie wczesne chroniczne: stwierdzono nagół hypocholesterynemję (Pighini, Gibbs, Arnstein i in.).

c). Mojem zdaniem, przemawia przeciw genezie „gruźliczej" (a conajmniej z gruźlicy płuc) w przypadkach otępienia wczesnego, — jeden jeszcze argument: typy „strątu czarnego", o reakcji z azotanem srebra (po ogrzaniu), spotykane często w moczu chorujących na gruźlicę dróg oddechowych, są *odmienne* od typów spotykanych w moczu chorych na otępienie wczesne.

Z powyższych powodów nie wierzę, (tak długo, dopóki nie będzie argumentów ścisłych) żeby gruźlica miała często powodować otępienie wczesne. Wyjątek stanowi może — ze względów podanych niżej — gruźlica jelit oraz gruźlica gruczołów limfatycznych krezki, bo powodują osłabienie barjery oddzielającej strefę jelit od krwiobiegu.

Niewyczerpalnem źródłem organicznych substancji zasadowych typu aminy jest lumen jelitowy. Nie mogę tu, w tych krótkich uwagach patogenetycznych (chociażby pobieżnie tylko) potrącić o iście cudowne rewelacje najnowszych badań z chemji biologicznej, co do wpływu mikroflory jelitowej np. na rozpad ciał proteinowych, oraz na wytwarzanie się substancji toksycznych typu aminy. Wiele zespołów: tetanja, anemja perniciosa progressiva, i in. — stawia się zupełnie słusznie w związku z zatruciem pochodzenia jelitowego. Zwracam uwagę chociażby tylko na guanidyny, które powstają przeważnie w jelitach (Spadolini) i na histaminę, tworzącą się w świetle jelita, nawet w warunkach normalnych, kosztem „amino-acydohystydyny".

Ilość histaminy jest rozmaita, jak rozmaitą jest koncentracja soków wodoru w hodowlach, np. *bacterium coli*, na gruncie bogatym w histydynę. Histamina tworzy się w środowisku kwaśnem, nigdy zaś w środowisku zasadowem (Koessler, Hauke); następuje jednak szybko dysintoksykacja z błony śluzowej jelit (Koessler, Hauke). W wypadkach uszkodzenia błony śluzowej jelit (Spadolini) wprowadzenie

histaminy oraz innych amin daje wyraźne objawy biologiczne. Wstrzyknięcie guanidyny i histaminy powoduje ciężkie uszkodzenia, przeważnie (Rosental, Buscaino) w śródmóżdżku — później i w zwojach podstawowych.

Jeżeli, skądinąd, badamy objawy wywołane eksperymentalnie za pomocą przetoki Ecka, (bądź prostej, bądź skomplikowanej z powodu uszkodzenia trzustki), i objawy wynikające z uszkodzeń błony śluzowej jelit (Spadolini — z paratyroidektomji eksperymentalnej, z resekcji nerwów krezkowych, z procesów toksycznych lokalnych), — stwierdzamy — jak już podkreśliłem — że *wszystkie te objawy toksyczne substancji pochodzenia jelitowego* mają sporo cech wspólnych (zaburzenia wzruszeniowości, drżenia, drgania włókienkowe, ruchy pląsawicze, myoklonje, objawy hypertonji mięśni, katalepsja) z objawami źródłowanemi w zwojach podstawowych, a w szczególności z objawami *typu ekstrapiramidowego.*

Z wymienionych przyczyn zasadniczych utrzymuję, że w otępieniu wczesnem wchodzi w grę zatrucie aminą pochodzenia jelitowego.

Liczne aminy wywierają też wpływ toksyczny na wątrobę. Również w otępieniu wczesnem stwierdzili liczni autorzy objawy niedomogi wątroby. Ważniejszem jednak jest to, co — odnośnie do jelit — sam stwierdziłem podczas autopsji chorych na otępienie wczesne (gdzie nie było gruźlicy), a mianowicie: plamy przekrwione, mniej lub więcej krwotoczne, w jelitach cienkich (6 przypadków). Bolsi stwierdził jelita cienkie przekrwione przez prawie całą długość, tak samo z krwotokami punkcikowatymi podśluzowymi, — w innym przypadku otępienia wczesnego, bez czynnych chorób infekcyjnych. Ostatnio Münzer zauważył błonę śluzową jelit lekko obrzękłą i *zaczerwienioną,* w jednym wypadku śmierci nagłej.

Do bezpośrednich uszkodzeń jelit dodajmy pośrednie, które faktycznie wskazują na *zwiększoną przepuszczalność błony śluzowej jelit* u chorych na otępienie wczesne:

a). częstsze reakcje skórne na surowicę wołu u chorych na otępienie wczesne (Sagel, Hauptmann), krążenie substancji proteinowych niedostatecznie spalanych, oraz reakcje allergiczne skóry;

b). zmniejszona zawartość wapna we krwi (Pighini, Looney i in.), oraz objawy ogólne spazmofilji (Goldstein, Kraepelin, Bertolani, etc.) u chorych na otępienie wczesne, stwierdzone pierwsze przez Spadolini'ego, drugie przez Spadolini'ego i Ferri'ego, w najrozmaitszych objawach intoksykacji z powodu uszkodzenia błony śluzowej jelit.

Mamy, wreszcie, doświadczenia badaczy angielskich i amerykańskich (Ford, Robertson, a zwłaszcza Cotton), co do ***anormalności*** mikroflory jelitowej u chorych na otępienie wczesne.

Posiadamy więc poważne dane na to, ażeby w większości przypadków kwalifikować otępienie wczesne jako zatrucie jadem jelitowym*) (typu aminy), normalnym i anormalnym, krążącym z powodu nadmiernej przepuszczalności błony śluzowej jelit. Jad ten działa na mózg — może**) — w licznych przypadkach — predysponowany.

BIBLJOGRAFJA.

BUSCAINO V. M. — „I dati attuali sulla anatomia patologica del sistema nervoso dei dementi precoci". — Rivista di patologia nervosa e mentale, Vol. 26, pag. 87, 1921 (con 156 indicazioni bibliografiche).

„ — „I dati più recenti (1920—1923) d'histologia patologica del sistema nervoso dei dementi precoci". — Rassegna di studî psichiatrici — Vol. 13, pag. 274 (con 37 indicazioni bibliografiche).

— „Risultati delle ricerche d'istopatologia del sistema nervoso di dementi precoci, fatte nel biennio 1924—1925". Con una appendice sulle „zolle di disintegrazione a grappolo". — Rivista di patologia nervosa e mentale, Vol. 31, pag. 329, 1926 (con 76 indicazioni bibliografiche, di cui 43 sulle zolle).

— „Ricerche sulla genesi e sulla importanza clinica delle reazioni nere, con il nitrato d'argento o caldo, nelle urine umane. 4 risultati ottenuti con la detta reazione, e fatti svelati da altre tecniche".

— „Ibid". Vol. 30, pag. 405, 1925 (con 98 indicazioni bibliografiche).

---

*). Ponieważ stwierdzo u niektórych gruźlików wzrost przepuszczalności jelit (bakteremje, z mikroorganizmów zwykle zlokalizowanych w świetle jelitowym), nie jest wykluczonem, że i gruźlica — w niektórych przypadkach — może, z powodu wzrostu przepuszczalności barjery jelitowej, spowodować objawy o typie schizofrenji. Lecz wydaje mi się, z przyczyn przytoczonych wyżej, że nie jest to regułą.

**). Powiedziałem „może", bo mojem zdaniem predyspozycja mózgowa jest nieodzowną: zatrucia eksperymentalne powstałe wskutek uszkodzenia błony śluzowej jelit, działają nader szybko u zwierząt próbnych. Prawdopodobnie jednak istnieją u chorych na otępienie wczesne, rozmaite stopnie przepuszczalności zwiększonej jelit, różne stopnie wrażliwości mózgu, oraz rozmaite typy substancji toksycznych pochodzenia jelitowego. Przeróżne kombinacje czynników, tak dalece różniących się, muszą powodować objawy o rozmaitem napięciu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université Royale de Florence
Dir. Prof. Dr. med. E. Tanzi.

EXTRAIT DES DERNIÈRES PUBLICATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE.

Présenté par le dr. V. M. BUSCAINO, professeur agrégé.

Au point de vue histologique la démence précoce doit être considérée comme une affection du cerveau: on observe notamment des lésions disséminées dans l'écorce de même que dans le plexus chorioide et dans la substance blanche; il s'agit d'altérations de structure et de perturbations histochimiques, les premières siégeant en majeure partie dans les lobes frontaux, et plus particulièrement dans la troisième scissure, Les résultats d'examens récents permettent d'affirmer que ces troubles sont d'origine toxique et qu'ils sont provoqués en grande partie par des bases chimiques organiques, dérivées de l'ammoniaque.

L'analyse de l'urine dans la démence précoce montre aussi un état toxique, causé par les substances du type d'amines.

Enfin, des recherches précises permettent d'exclure la tuberculose comme cause efficiente du mal, tandis qu'une série de recherches histopathologiques objectives et immédiates, de méme que des recherches indirectes attirent l'attention sur l'intestin en tant que source de substances du type des amines ayant pour conséquence les troubles toxiques du cerveau.

VII ZJAZD
PSYCHJATRÓW POLSKICH
w Kocborowie p. Starogard.

Odbędzie się w dniach 4—5—6 czerwca 1927 roku.

PIERWSZY DZIEŃ ZJAZDU.

(program tymczasowy)

Odczyt wstępny.

Prof. Dr. R. Radziwiłłowicz: Cechy psychjatrji, jako nauki biologicznej.

PSYCHOZA MANJAKALNO - DEPRESYJNA.

Referaty główne:

Prof. Dr. J. Borowiecki: Badania dziedziczności w psychozie manjakalno-depresyjnej.

Dr. Chłopicki: Granice kliniczne psychozy manjakalno-depresyjnej.

Dr. M. Bornsztajn: Psychoza manjakalno-depresyjna w świetle psychoanalizy.

Doc. Dr. J. Morawski: Stany manjakalno-depresyjne objawowe.

Dr. A. Piotrowski: Leczenie i zapobieganie psychozie manjakalno-depresyjnej.

Dr. W. Łuniewski: Psychoza szałowo-posępnicza w kazuistyce sądowo-psychjatrycznej.

Odczyty uzupełniające:

Dr. A. Sikorska: Z serologji psychozy manjakalno-depresyjnej.

Dr. St. Piłtz.: Badania farmakologiczne układu roślinnego w psychozie manjakalno-depresyjnej.

Dr. W. Medyński: Balania konstytucyjne w psychozie manjakalno-depresyjnej.

Dr. W. Stryjeński: Stany przygnębienia wieku podeszłego.

Dr. W. Matecki: Stany manjakalne wieku podeszłego.

DRUGI DZIEŃ ZJAZDU.

DZIECI ANORMALNE.

Referaty główne:

Dr. Th. Heller: Zadanie i metody pedagogiki leczniczej.

Dr. Grzegorzewska: Stan opieki i wychowania dzieci anormalnych w Polsce i zagranicą.

P. M. Wawrzynowski: Znaczenie współpracy lekarsko-pedagogicznej dla metod nauczania i wychowania anormalnych dzieci.

Dr. Z. Rozenblumówna: Zakres kliniczny przejawów anomalji i charakteru dziecięcego.

Dr. W. Sterling: Endokrynologja oligofrenji.

Odczyty uzupełniające:

Dr. J. Gawroński: Podstawy racjonalnej organizacji społecznej w wychowaniu i kształceniu dzieci anormalnych w Polsce.

Dr. W. Medyński: Badania inteligencji metodą Rossolimo u dzieci anormalnych.

Dr. Siwiński: Psychopatologja dziecka.

Odczyty luźne:

Prof. Dr. Błachowski i Prof. Dr. Borowiecki: Epidemja psychiczna w Słupi.

Dr. Swietłow: Zaburzenia psychiczne w gigantyźmie.

Dr. J. Meden: O różnych zespołach odczynów płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobach nerwowych i umysłowych i ich znaczeniu rozpoznawczem.

Dr. O. Bielawski: Taktyka kryminalna w świetle wiedzy przyrodniczej.

Dr. O. Bielawski: Postulaty eugeniki a stanowisko Państwa w sprawie spędzania płodu.

Dr. W. Januszewski: O bezsenności u psychicznie chorych.

Dr. Fr. Wichert: O zaburzeniach psychicznych i zmianach anatomicznych w przebiegu gruźliczego zapalenia opon.

Dr. R. Dreszer: Metoda szybkiego badania gleju.

TRZECI DZIEŃ ZJAZDU.

Dr. A. Piotrowski: Zasady organizacji psychjatrycznej.

Dr. W. Łuniewski: Projekt ustawy o opiece nad psychicznie chorymi, opracowany w Departamencie Zdrowia.

Dr. J. Bednarz: Rys programu rozbudowy opieki zakładowej nad psychicznie chorymi w Państwie Polskiem.

Dr. St. Deresz: Opieka nad psychicznie chorymi pozazakładowa. Projekt organizacji.

Dr. A. Piotrowski: Samowystarczalność publicznych zakładów psychjatrycznych.

Na wygłoszenie referatu głównego przeznacza się 30 minut, odczytu uzupełniającego 20 minut; czas przemówienia w dyskusji ogranicza się do 5 minut.

Podczas zjazdu, w czasie, który później będzie dokładnie określony, odbędzie się I) Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, II) wycieczka do Kartuz.

Wkładka dla uczestników Zjazdu wynosi 20 złotych.

Uczestnictwo w Zjeździe i w wycieczce do Kartuz zgłaszać należy najpóźniej do dn. 20 maja r. b. do Komitetu Organizacyjnego na ręce Dr. Kryzana, Dyrektora Zakładu Psychjatrycznego w Kocborowie, p. Starogard.

KOMITET ORGANIZACYJNY.

I-y OGÓLNY ZJAZD LEKARZY SŁOWIAŃSKICH.

Jugosłowiańskie Towarzystwo Lekarskie zaprosiło, na swój doroczny Zjazd w Dubrowniku — w 1925 r. — przedstawicieli wszystkich narodów słowiańskich, a jednym z celów Zjazdu było zawiązanie Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego. Zjazd udzielił „Zarządowi Jugosłowiańskiego Towarzystwa Lekarskiego" mandatu ażeby porozumiał się ze wszystkiemi słowiańskiemi towarzystwami w celu utworzenia tymczasowego komitetu złożonego z 3-ch delegatów Jugosławji i po 2-ch delegatów od każdego państwa słowiańskiego; komitet ten miał opracować projekt Statutu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego i po dokonaniu tych prac przedwstępnych wyznaczyć miejsce i termin pierwszego Zjazdu Lekarskiego Wszechsłowiańskiego.

Na Zjeździe w Belgradzie odbyły się obrady delegatów w sprawie założenia Związku i opracowania statutu. Wniosek delegacji polskiej o zwołanie I-go Zjazdu Wszechsłowiańskiego w Warszawie na początku lata 1927 został uchwalony jednomyślnie, a ostateczne zredagowanie statutu Związku odłożono — również na wniosek delegacji polskiej — do zebrania delegatów w Pradze Czeskiej, w końcu r. ub. W Pradze statut przyjęto i pozostawiono Polakom zorganizowanie I-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich oraz wybór tematów na Zjazd.

Zjazd odbędzie się w Warszawie, w dniach 25—29-go maja rb. Niżej podajemy program Zjazdu, Regulamin posiedzeń naukowych, tematy obrad oraz skład Komitetów.

Program Zjazdu:

25 maja środa: W godzinach 20—23 zebranie towarzyskie w celu wzajemnego zapoznania się.

26 maja czwartek:
- a) o godzinie 9½ rano otwarcie Zjazdu, przemówienia delegatów,
- b) od godz. 15-tej do 19-tej pierwsze posiedzenie naukowe (Sclema),
- c) wieczorem raut, wydany przez Zarząd m. Warszawy.

27 maja piątek:
- a) od godz. 9-tej do 13-tej drugie posiedzenie naukowe (Scarlatina),
- b) po południu zwiedzanie miasta, instytucji naukowych, urządzeń sanitarnych i t. p.
- c) wieczorem przedstawienie w Teatrze Wielkim.

28 maja sobota:
- a) od godz. 9-tej do 13-tej trzecie posiedzenie Zjazdu (organizacja urządzeń sanitarnych),
- b) po południu zwiedzanie miasta, instytucji naukowych, urządzeń sanitarnych i t. p.
- c) bankiet wydany przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

29 maja niedziela:
- a) od 9-tej do 11-tej posiedzenie Komitetu Centralnego Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego,
- b) o godzinie 11-tej zamknięcie Zjazdu.

Po Zjeździe o ile zbierze się odpowiednia liczba uczestników, projektowane są wycieczki po kraju. Wobec tego, że w dniu 30 maja w poniedziałek rano odbędzie się otwarcie Międzynarodowego Zjazdu Medycyny i Farmacji Wojskowej, uczestnicy Zjazdu Lekarzy Słowiańskich będą mogli wziąć udział w tej uroczystości. Wyjazd zatem na wycieczki po kraju nastąpi w dniu 30 maja w poniedziałek wieczorem.

Projektowane są trzy oddzielne wycieczki w kierunku:

a) Warszawa—Wilno—Warszawa—Kraków—Krynica—Tarnów—Łańcut—Lwów.

b) Warszawa—Poznań—Katowice—Kraków—Krynica—Tarnów—Łańcut—Lwów.

c) Warszawa—Kraków—Krynica—Tarnów—Łańcut—Lwów.

Wszystkie trzy wycieczki spotkają się w Krakowie i dalszą podróż odbywają razem. Wycieczki będą trwały 5—6 dni.

Uczestnicy Zjazdu z Polski otrzymają w czasie od 20 maja do 20 czerwca specjalne ulgi kolejowe w dowolnej klasie w wysokości 33% na przyjazd do Warszawy, na wycieczki po kraju i na powrót. Bilety ulgowe będą wydawane na stacji za okazaniem specjalnej legitymacji kolejowej i karty uczestnictwa w Zjeździe, które będą przysłane kolegom (i ich rodzinom), wybierającym się do Warszawy.

Na dworcu głównym będzie czynne biuro informacyjne Zjazdu.

Pokoje w hotelach, zajmowane przez uczestników Zjazdu, zwolnione będą od podatku hotelowego.

Opłata za udział w Zjeździe wynosi 10 złotych.

Biuro Zjazdu: Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, Niecała 7.

REGULAMIN POSIEDZEŃ NAUKOWYCH.

1. Posiedzenia naukowe Zjazdu rozpoczynają się:
   w dniu 26. maja o godz. 15-tej i trwają do godz. 19-tej;
   w dniach 27, 28 maja o godz. 9-tej i trwają do godz. 13-tej.
2. Każdy kraj wyznacza do każdego tematu jednego głównego referenta.
3. Jako koreferenci będą przemawiali wszyscy, którzy uprzednio w określonym terminie (t.j. do 15. kwietnia) zgłosili swoje referaty i nadesłali ich streszczenia.
4. Główni referenci I-go i II-go tematu mogą przemawiać niedłużej niż 30 minut, referenci III-go tematu będą mogli przemawiać 45 minut.
5. Czas na przemówienie dla koreferentów określa się najwyżej na 20 minut.
6. Czas przemówień dla członków zabierających głos w dyskusji nie może wynosić więcej niż 5 minut.
7. Pragnący zabrać głos w dyskusji proszony jest o złożenie na piśmie swojego nazwiska do prezydjum danego posiedzenia.
8. Po przemówieniu zabierający głos składa na piśmie swoje przemówienie sekretarzowi posiedzenia.

Tematy:

1. Twardziel (Scleroma) na ziemiach słowiańskich.
2. Szczepienia ochronne i akcja zapobiegawcza przeciw szkarlatynie i leczenie szkarlatyny surowicami.
3. Najwłaściwsze formy i metody urządzeń sanitarnych na ziemiach słowiańskich.

KOMITET ORGANIZACYJNY:

Prezes: prof. Dr. A. Gluziński
Wiceprezes: prof. Dr. B. Sawicki
Sekretarz Generalny: prof. Dr. F. Czubalski
Zastępca: Dr. W. Kowalski.

Członkowie:
Dr. J. Bączkiewicz
Dr. B. Jakimiak
Doc. Dr. W. Łapiński.

KOMITET GOSPODARCZY:

Prezes: prof. B. Sawicki
Zastępca: Dr. W. Kowalski
Sekretarz: prof. F. Czubalski
Zastępca: Dr. W. Kowalski.

Członkowie:
Dr. B. Jakimiak jako Skarbnik
Prof. L. Kryński
Dr. W. Łapiński
Dr. W. Szumlański
Dr. C. Wroczyński.

PODKOMITET MIESZKANIOWY:

Dr. J. Zawadzki (przewodniczący)
Dr. St. Kurtz (zastępca przewodniczącego)
Dr. Grzybowski, Dr. Jasielewicz, Dr. Vacqueret.

PODKOMITET PRZYJĘĆ:

Dr. W. Szumlański (przewodniczący)
Dr. H. Kucharzewski, Dr. St. Kurtz,

PODKOMITET WYCIECZEK:

Dr. Łuczycki (przewodniczący)
Dr. Przywieczerski, Dr. Surawski.

PODKOMITET MIESZKANIOWY:

Dr. Surawski (przewodniczący)
Dr. Przywieczerski.

PODKOMITET PAŃ:

Prof. Dr. L. Kryński
Profesorowa Czubalska
Profesorowa Sawicka
D-rowa Jasielewiczowa
Dr. Skolimowska
Dr. Szczodrowska
D-rowa Wagnerowa
D-rowa Wejnertowa.

Sekretarjat I-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich będzie czynny w środy, od godziny 14 do 15 — w lokalu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

I-mu Ogólnemu Zjazdowi Lekarzy Słowiańskich życzymy owocnej pracy, w przekonaniu, że przyczyni się w dużej mierze (w myśl celów Związku) „do uniezależnienia narodów słowiańskich w dziedzinie kultury i oświaty, oraz do osiągnięcia ideału jedności słowiańskiej i wzajemnego porozumienia“.

REDAKCJA.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE
dnia 18. 7. 1925 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Berezowski.

O. Bielawski: *Przypadek sądowo-psychjatryczny. — Morderstwo.—Lekkie zwyrodnienie psychiczne. – Próby symulacji. – Poczytalność*

K. l. 33, dziedzicznie nieobarczony, oskarżony o morderstwo. Z wywiadów wynika, że pacj. rozwijał się prawidłowo, uczył się miernie, na żadne zakaźne choroby nie chorował. Lues negat.

Cieleśnie: blizna na lewej skroni, kość lekko wciśnięta, skóra z kością nie zrośnięta (od uderzenia odłamkiem granatu na froncie), Romberg dodatni, język drży, odruch kolanowy prawy nieco wzmożony, oraz tendencja kloniczna w prawej stopie. Innych objawów patologicznych w dziedzinie układu nerwowego u osk. nie stwierdzono. Pod względem psych. uderzają niektóre niedorzeczne odpowiedzi, jak: 4+4=9, rok ma 10 miesięcy, miesiąc zawsze 30 dni i t. p. Pozatem osk. wykazuje zupełną zborność w zachowaniu się w stosunku do otoczenia i badającego lekarza. Na zapytanie dotyczące sprawy, badany odpowiada najczęściej silnem wzruszeniem, poczem poczyna drżeć na całem ciele, pada na ziemię, kopie nogami, tarza się, krzyczy i zawodzi.

Podsądny K. jest zbiegiem z więzienia, gdzie był osadzony za rozbój i rabunek. Wałęsał się po okolicy, pod obcem nazwiskiem zaczepiał kobiety i mężczyzn, prosząc o chleb i pieniądze. Na skutek tego aresztowała go policja, a w chwili, kiedy posterunkowy spisywał protokół, K. wyjął rewolwer i strzelił do posterunkowego, kładąc go trupem; poczem zbiegł.

p. Bielawski uważa podsądnego za osobnika lekko pod względem psychicznym upośledzonego i wyklucza u niego całkowicie chorobę psychiczną wzgl. znaczniejszy niedorozwój. W chwili popełnienia karalnego czynu podsądny nie znajdował się w stanie nieprzytomności, ani też w stanie chorobowego zaburzenia umysłu, któryby wykluczał jego wolną wolę. § 51 N. K. K. nie zachodzi.

DYSKUSJA.

p. Siemionkin przemawia za zmniejszoną poczytalnością osk. biorąc pod uwagę jego uraz głowy, oraz pobyt w więzieniu, który mógł spowodować psychozę. Poczytalność oskarżonego była zmniejszona jego małokrytycznością, wypływającą z upośledzenia psychicznego.

p. Piotrowski zwraca uwagę na obecny stan oskarżonego, który przedstawia obraz psychozy pourazowej, używanie alkoholu pogorszyło stan nerwowy badanego podsądnego. Oskarżony jest głuptakiem od dzieciństwa. Jest on upośledzony psychicznie, ale nie do tego stopnia, żeby jego wolna wola była wykluczona. Poczytalność jego w chwili dokonania karalnego czynu nie była zniesiona, ani zmniejszona. ?

p. Bielawski w odpowiedzi p. Siemionkinowi zaznacza, że zdaniem ref-a, o zmniejszonej poczytalności można mówić tam, gdzie na postanowienie czynu karalnego mogły mieć wpływ (nieznaczny, nie decydujący) czynniki upośledzenia psychicznego oskarżonego, czy to w sferze intelektualnej, moralnej, czy uczuciowej. Tak więc np. ref. głosuje za poczytalnością zmniejszoną u pobudliwego głuptaka, epileptyka, histeryka przy wykonaniu karalnych czynów impulsywnej natury, dalej przyznał by ref. także poczytalność zmniejszoną osobnikowi małokrytycznemu, gdy czyn może mu nasuwać wątpliwości co do oceny karalności jego, (np. głuptak dopuszczający się zgwałcenia, nierządów z małoletnimi, obcowania ze zwierzętami i t. p.) Gdy jednak pewne odchylenia od normy psychicznej lub upośledzenia u psychopaty leżą poza psychizmem, który normalnie musi być obudzony dla powzięcia postanowienia wykonania czynu karalnego, a motywy pro i contra nie mają w sobie nic chorobowego, — tam, zdaniem ref-a, niema też podstaw do przyjęcia poczytalności zmniejszonej.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 10. 8. 25.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Berezowski.

p. Berezowski: **PRÓBY LECZENIA PO I NIE-POENCEFALISTYCZNYCH PROCESÓW EXTRAPIRAMIDOWYCH PRZEZ STOSOWANIE As + Hg + J.**

(Referat in extenso ukazał się w zesz. IV. 1925 Now. Psych.)

W celach leczniczych w przypadkach parkinsonizmu poencefalistycznego i w pokrewnych formach (katatonja — Bielawski) stosowano dożylnie neosalutan i naprzemian domięśniowo-rtęć. Po kuracji każdy chory otrzymywał w przeciągu dwuch miesięcy jodynę.

Wyniki kuracji są następujące: jeden przypadek katatonji wyleczony, jeden przypadek ciężkiego parkinsonizmu poencefalitycznego jest na granicy wyleczenia, jedna pacjentka z enceph. let. zmarła 4 tygodnie po kuracji, u dwóch parkinsoników nastąpiło znacze polepszenie. Inne przypadki (3) dotąd bez zmian.

Uderzają objawy serologiczne (zachowanie się płynu mózgowordzeniowego) po kuracji. Przed zabiegami stwierdzono zwiększoną ilość globulinów we wszystkich przypadkach parkinsonizmu. W jednym przypadku katatonji i u 3 parkinsoników Wassermann w płynie był dodatni przy 0,1 mm^3, (w anamnezie nie było żadnych danych co do podłoża kiłowego). We wszystkich leczonych przypadkach zauważono nadmiar cholesteryny.

Po kuracji powyższe objawy patologiczne w płynie całkowicie ustąpiły. (Badania nad cholesteryną są jeszcze w toku).

Ref. konkluduje, że wyniki kuracji są jak dotąd zachęcające, zwłaszcza w parkinsoniźmie poencefalitycznym.

DYSKUSJA.

p. Bielawski utrzymuje, iż przy dzisiejszym stanie wiedzy trudno jest jeszcze udowodnić, że choroba psychiczna jednej z pacjentek, leczonych przez p. Berezowskiego, niema związku z kiłą. Jest to jednak przekonanie oponenta. Że chora ta nie cierpi na paral. progr., świadczy o tem odrębny obraz kliniczny. W organicznej chorobie psychicznej Bordet-Wassermann przy 0,1 mm³ zachodzi nie jedynie w paral. progr., dla tego Bordet-Wassermann przy 0,1 mm³ nie jest charakterystycznym dla paralysis progresiva.

p. Piotrowsk.: Ponieważ uważa encephal. leth. za chorobę zapalną jąder podstawowych (szarych), a katatonję jako degenerację jąder, przeto wynik terapji i to terapji procesów żapalnych nasuwa myśl, że albo etjologja katatonji musi być inna albo przypadki poddane kuracji nie przedstawiają katonji, lecz mimo zewnętrznej postaci katatonicznej należą do procesów zapalnych mózgowych. Ilość przypadków poddanych kuracji jest zbyt mała, ażeby można z tego wyciągnąć wniosek ostateczny, tembardziej że bywają przypadki wyleczenia wzgl. znacznej poprawy, także u chorych, których nie poddawano kuracji. Z drugiej strony jednakże wyniki kuracji przeprowadzone przez p. Berezowskiego są przeważnie pomyślne i zachęcają dla tego do dalszych odpowiednich zabiegów leczniczych w encephal. letharg.

Badania serologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego dały pozytywny odczyn Bordet-Wassermanna przy 0,1 mm³ płynu. Podobny wynik mamy w paralysis progresiva, lecz ani anamneza ani obraz kliniczny pacjentki nie przemawiają za paral. progr. Na uwagę zasługuje fakt, że u chorych na encephal. letharg. i katatonję, tam gdzie był Bordet-Wassermann pozytywny, prawie zawsze była ilość cholesteryny zwiększona.

p. Bielawskiemu, który wobec pozytywnego Wassermanna w 0,1 mm³ płynu u encefalityków twierdzi, że wyniku takiego nie można zużyć jako wyróżniającego porażenie postępujące, p. Piotrowski odpowiada, że mimo występowania odczynu Wassermanna w 0,1 mm³ płynu w encephalitis lethargica, objaw ten pozostaje nadal wartościowym wskaźnikiem różniczkowym dla paralysis progresiva z następujących powodów: 1) jest rzeczą obojętną, czy Wassermann, który przecież występuje w różnych zachorzeniach, pojawia się w chorobach nie kiłowych w mniejszej lub większej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, a więc także w 0,1 mm³ płynu, albowiem w takich przypadkach kwestja paralysis progres., nie istnieje, mimo pozytywnego Wassermanna w 0,1 mm³ płynu.

Natomiast w chorobach kiłowych systemu nerwowego dotąd pozytywny Wassermann w 0,1 mm³ płynu mózgowo-rdzeniowego zawsze wskazywał na paral. progres., i piśmiennictwo i doświadczenie nie znają ani jednego przypadku kiłowego nieparalitycznego, w którym Wassermann byłby pozytywny w 0,1 mm³ płynu. 3) Dalej doświadczenie uczy nas, że w przypadkach kiłowych, gdzie Wassermann w 0,1 mm³ i w 0,2 mm³ płynu był negatywny a pozytywny w 0,3, 0,4, mm³ itd., nie chodzi o paral. progr. względnie tabo-paralysis, lecz o chorobę kiłową innego typu, mianowicie lues cerebri, lues cerebro-spinalis, tabes dorsalis.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE
dnia 21. 9. 1925 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Berezowski.

O. Bielawski: *Przypadek sądowo-psychjatryczny*) — Zbrodnia zdrady stanu; usiłowanie zgwałcenie i obcowanie cielesne z osobą doprowadzoną do stanu nieprzytomności; bluźnierstwa, partactwo lekarskie. — Psychopatja; konstytucja o paranoidnem zabarwieniu. — Poczytalność.*

Podsądny Kr., lat 40, oskarżony o zbrodnię zdrady stanu, przestępstwa przeciw moralności i inne. Kr., szewc z zawodu, poświęcił się w ostatnich latach „leczeniu" chorych przy pomocy różnych ziół, zaklinań, czarów i hypnozy. Miał niezwykłe powodzenie i zasłynął wkrótce jako prorok i nadczłowiek. Korzystając z łatwowierności pacjentek, Kr. nadużywał je cieleśnie w stanie uśpienia hypnotycznego. Będąc usposobiony wrogo do Państwa Polskiego (jest niemcem), agitował za komunizmem, organizował partje mające na celu przygotowanie przewrotu politycznego w Rzplitej i przyłączenie Pomorza i Poznańskiego do Niemiec.

Dziedzicznie nie obarczony, chorób zakaźnych nie przechodził.

Cieleśnie: czaszka i twarz przedstawia typ wybitnie lombrosowski; nos jest szeroki, oczy głęboko osadzone, podniebienie płaskie.

Pod względem psychicznym uderzają następujące cechy: Kr. zachowuje się wyniośle, okazuje przesadną pewność siebie, nieufność w stosunku do otoczenia. Badany twierdzi, iż jest powołany do wyższych rzeczy, ponieważ ma siłę uzdrawiania chorych, hypnotyzowania, odgadywania myśli i t. d. Wiedzę swoją zdobył z książek, które czytywał; to jednak nie wystarcza, trzeba być wybrańcem bożym, by mieć taką siłę. To też dużo ludzi zazdrości mu tego; chcą go zgładzić. Oskarżony nie ma omamów, nie ma również usystematyzowanych urojeń.

P. Bielawski charakteryzuje podsądnego jako psychopatę o konstytucji z lekkiem zabarwieniem paranoidnem. Jego wzięcie jako lekarza-naturalisty, jego sukcesy przy hypnotyzowaniu, jego powodzenie jako prowodyra partji, — wyrobiły w nim przekonanie, że jest człowiekiem o niezwykłych kwalifikacjach duchowych.

Podsądny Kr. w chwili dokonywania karalnego czynu nie znajdował się w stanie nieprzytomności, ani też takiego chorobowego zaburzenia umysłu, któreby wykluczało jego wolną wolę (§ 51 n. k. k. nie zachodzi).

DYSKUSJA.

P. prokurator Kuszenin zaznacza, że na podstawie materjału dowodowego podsądnemu wytoczyć można proces jedynie o zbrodnię zgwałcenia i bluźnierstwo, o ile naturalnie świadkowie to potwierdzą, nie zaś o zbrodnię zdrady stanu, co do której za mało jest dowodów rzeczowych.

*) Przypadek ten szczegółowiej, lecz z innej strony, został oświetlony w pracy Bielawskiego pod tytułem „Hypnoza a Kodeks Karny". Patrz Now. Psych. 1926 zeszyt I.

P. prokurator Sobiecki uważa podsądnego za członka sekty „Christian Science“, która ma swoje centrum w Ameryce. Członkowie tej sekty na poparcie swoich zasad cytują pismo święto przy każdej sposobności. Podsądny ułożył sobie według tej teorji pewien system i według niego ludzi traktuje, lecząc ich. P. S. sądzi, że o jakimś chorobliwym stanie niema mowy. Za swoje czyny Kr. jest odpowiedzialny.

P. Reimann przyjmuje że podsądny przedstawia typ paranoika o typowych dla tej choroby urojeniach. Jest on człowiekiem chorym i za czyny swoje nieodpowiedzialnym.

P. Siemionkin uznaje podsądnego za degenerata, psychopatę, który używał różnych sztuczek, celem wyzyskania ludzi ciemnych i łatwowiernych.

P. Piotrowski wspomina, że charakter, postawa, zachowanie oskarżonego przypominają wprawdzie paranoję, atoli w tym przypadku jednak nie można mówić o paranoji, bo niema zasadniczej cechy chorobowej t. j. niema ani urojeń, ani systemu urojeniowego. P. Piotrowski charakteryzuje podsądnego jako psychopatę o charakterze paranoidalnym. Za swoje czyny Kr. jest odpowiedzialny.

DR. MED. KAROL DE BEAURAIN †.

Były asystent kliniki neurologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, prymarjusz Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance, a ostatnio — prymarjusz Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Owińskach.

Urodził się w roku 1867 w Kamieńcu Koszyrskim na Wołyniu. Studja średnie ukończył w gimnazjum płockim, studja wyższe odbywał w Bernie, Monachjum i Wiedniu.

Zmarł w dniu 16 lutego roku 1927 na anewryzm serca, do ostatniej chwili pełniąc swe obowiązki lekarskie.

CZEŚĆ JEGO PAMIĘCI!

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

Szpital JANA BOŻEGO w Warszawie

Sprawozdanie za ROK 1925 *)

OPRACOWAŁ TEODOR ŁAPIŃSKI

Mieszkańcy Warszawy, stolicy 30 miljonowego państwa, nie mają odpowiedniego szpitala dla psychicznie chorych; w roku sprawozdawczym na 320 etatowych miejscach Szpital Jana Bożego przeciętnie mieścił 350 chorych tak, że na podłodze z braku miejsc leżało często po kilku, a ilość odmownych biletów w roku 1925 wynosiła 250. Warunki te będą się stale pogarszać, gdyż zakład w Drewnicy, dokąd dotychczas byli ewakuowani chorzy ze szpitala Jana Bożego, już jest przepełniony.

TABLICA I.

Rozpoznanie	Pozostało z r. 1924		Przybyło w r. 1925		Ogólna ilość wypisanych		Pozostali na rok 1925	
	m.	k	m	k	m	k	m	k
I. Wrodzone psychozy:								
Idiotismus	1	1	1	—	—	—	2	1
Imbecillitas	2	1	9	4	5	4	6	1
Debilitas	—	—	2	—	1	—	1	—
II. Psychozy na tle wrodz. stanów etc.:								
Psychopathia	13	5	38	15	43	17	8	3
Psychastenia	—	—	2	—	2	—	—	—
Hysteria	—	2	—	2	—	4	—	—
Epilepsia	7	9	38	12	34	17	11	4
Ps. man.-depr.	5	9	18					
Schizophrenia	75	94	156	184	148	193	83	85
Status depress.	—	1	11	7	7	7	4	1
Status				—	4	—	—	—
Status amenticus	—	—	6	9	5	9	1	—
III. Psychozy nabyte w zest. z stanami w jakich powstały:								
Psych. reactiva	1	3	3	17	2	10	2	10
Post traumam	—	—	3	1	3	—	—	1
In lactatione	—	1	—	16	—	12	—	5
In climaterio	—	—	—	6	—	4	—	2
In infectione	—	2	1	2	1	3	—	1
Post infectionem	2	1	3	9	3	6	2	4
Ex infectione	—	—	2	1	2	1	—	—
Ex inanitione	—	—	2	—	2	—	—	—

*) W streszczeniu. Red.

Rozpoznanie	Pozostało z r. 1924 m.	k.	Przybyło w r. 1925 m.	k.	Ogólna ilość wypisanych m.	k.	Pozostali na rok 1925 m.	k.
IV. Psych. z zatrucia:								
a) alkohol.								
alcoholismus chr.	2	—	45	8	43	7	4	1
epilepsia alc.	—	—	1	—	1	—	—	—
polienc. haemor.	—	—	—	1	—	1	—	—
polineuritis alc.	1	—	—	—	1	—	—	—
paranoia alc. chr.	2	—	3	1	5	1	—	—
delirium tremens	4	—	24	—	26	—	2	—
dipsomania	—	—	1	—	1	—	—	—
b) Morphinismus	2	—	5					
c) intoxicatio sublimato	—	—	—					
V. Psychozy nabyte z niewątpl. podkładem anatomicznym								
a) kiłowe:								
lues cerebr.-spin.	9	5	19	7	27	12	1	—
paralysis progr.	31	8	67	14	73	11	25	11
tabo paralysis	1	—	8	2	8	2	1	—
b) wieku późniejsz.								
dementia arter.-scl.	2	—	10	10	11	7	1	3
dementia praenilis	—	—	1	1	1	1	—	—
dementia senilis	2	5	8	12	8	8	2	9
c) alia:								
hydroceph. internus	—	—	1	—	1	—	—	—
abscessus cerebri	—	—	—	1	—	1	—	—
tumor cerebri	1	—	—	—	1	—	—	—
dementia e laesione cerebri organ.	2	—	11	3	11	3	2	—
VI. Postacie nieokreślone.	—	7	7	17	6	9	1	15
VII. Nie było zaburzeń psychicznych.	—	1	6	2	5	2	1	1
Ogółem:	165	155	516	388	508	373	173	170

Rzuca się w oczy wielka ilość alkoholików (83 mężczyzn, 10 kobiet), co stanowi 8% ogólnej liczby chorych, tymczasem gdy w roku 1924 śród 1185 obłąkanych notowano alkoholików 72 mężczyzn i 2 kobiety czyli 6,5%, a w roku zaś 1912 na 814 chorych liczba alkoholików dosięgała 32 mężczyzn i 7 kobiet, czyli niecałe 5%. — Wzrosła również liczba morfinistów.

Sądząc z materjału, jakim Szpital Jana Bożego rozporządza, widać, że w r. 1912 chorzy na bezwład postępujący stanowili 17% ogólnej liczby chorych z tego roku, mianowicie na 814 obłąkanych było chorych z psychozami parasyfilitycznemi 114 mężczyzn i 24 kobiety; w r. 1924 na 1185 chorych było 172 tego rodzaju chorych, czyli chorzy z psychozami parasyfilitycznemi stanowili około 15%, wreszcie w r. 1925 chorzy na bezwład postępujący,

przymiot mózgowo-rdzeniowy i wiąd rdzenia wykazywali 14% czyli na 1224 chorych było ich 171. Co się zaś tyczy zejścia tego rodzaju cierpień, to w roku 1912 wypisano ze szpitala z poprawą 11 metasyfilityków czyli niecałe 8%, w r. 1924 z poprawą opuściło szpital 22 metasyfilityków czyli niecałe 13%, w roku zaś 1925 w polepszonym stanie zdrowia opuściło szpital 34 chorych tego rodzaju, czyli blisko 20%, jednem słowem, jako by najlepsze zejście wykazywali chorzy metasyfilitycy w r. 1925. W r .1912 zmarło 43 tego rodzaju osobników, czyli przeszło 31% ogólnej liczby metasyfilityków, w r. 1924 zmarło ich 42 czyli zgórą 24%, w roku zaś 1925 liczba zgonów dosięgła 31 przypadków, czyli 18%.

Takiego łagodnego przebiegu ze stosunkowo tak niską śmiertelnością nie można kłaść na karb li tylko skutecznej kuracji zimnicą, gdyż w roku 1925 stosowano zimnicę w 36 przyp., znaczną zaś poprawę obserwowano w 7 przypadkach bezwładu postępującego; takiego stosunkowo łagodnego przebiegu również nie sposób tłomaczyć przypuszczeniem, żeśmy energiczniejszą stosowali kurację niż za dawnych czasów, tembardziej, że istnieją autorzy, którzy wprost uzależniają powstawanie metasyfilistycznych cierpień od zbyt intensywnej kuracji antyluetycznej, a to w przypuszczeniu, że energiczna kuracja nie pozwala zainteresowanemu organizmowi wytworzyć dostatecznej ilości przeciwciał. Znajdujący się w ciele jad zagłusza się w taki sposób, a nie niszczy. Tłomaczyć taki łagodny przebieg bezwładu postępującego i innych tego rodzaju cierpień wzmożoną odpornością organizmu nie sposób wobec tych wszelkiego rodzaju fizycznych i moralnych braków, jakim podlegała i podlega dotychczas ludność Europy od czasu wojny światowej. Pozostaje jeszcze jedno przypuszczenie — czynnik chorobotwórczy stracił na natężeniu.

Ilość zgonów w r. 1925 wynosi 7%, następne miejsce należy się rokowi 1924, bo zgórą 9% (113 zgonów na 1185). Największą śmiertelność dał rok 1912, bo przeszło 10%. — Niska odsetka śmiertelności w roku 1925 tłomaczy się po części przesyłaniem mniej lub więcej ciężko fizycznie chorych do Drewnicy.

TABLICA II.

Cierpienia somatyczne.

Choroby	Mężczyźni	Kobiety
I. Choroby ogólne:		
zimnica (szczepiona)	26	10
odra	1	1
grypa	7	2
czerwonka (przyp. podejrz.)	5	1
róża	3	1
gruźlica (różne)	35	28
kiła	3	2
różne	24	6
II. Choroby narządów zmysłów:	16	1
III. Choroby narządu krążenia:	13	8
IV. Choroby narządu oddechowego:	50	29
V. Choroby narządu trawienia:	22	7
VI. Choroby narz. moczopłciowego i jego przydatków pochodzenia niewenerycznego:	39	10
VII. Choroby związane z ciążą:	—	8
VIII. Choroby skóry i tkanki łacznej:	21	19
IX. Choroby kości i narządu ruchu:	2	3
X. Starość:	2	6
XI. Zaburzenia chorobowe wywołane przez bodźce zewn.	7	16
XII. Ad VIII.	19	6

Rozpaczliwie przedstawia się sprawa chorych gruźliczych. W roku sprawozdawczym było 54 przypadków gruźlicy narządu oddechowego, czyli 4% ogólnej liczby chorych leczonych w szpitalu w tym roku, pozatem było 7 przypadków gruźlicy stawów i kości, 1 przypadek jelit. We wszystkich tych przypadkach gruźlica była zaobserwowana przed wstąpieniem do szpitala.

Wadliwa budowa szpitala, niemożność segregowania chorych i niedostateczna ilość służby zmuszała do unieszkodliwiania chorych, już to izolując ich, nakładając kaftany bezpieczeństwa, długotrwałe koce itd.

Z wypadków podajemy tu ważniejsze. Chory W. wyskoczył tak nagle przez okno na dach, a stąd do ogrodu, że służący nie zdołał zapobiec temu; obyło się bez poważnych obrażeń. Chory Ch. wyrwał sobie pod wpływem urojeń samooskarżenia, za pomocą drutu, wyjętego z łóżka, — jądro; w czasie tej operacji Ch. zachowywał się na łóżku tak cicho, że dopiero ślady krwi w ustępie zwróciły na niego uwagę służby. W roku sprawozdawczym 4 były próby samobójcze (1 mężcz. i 3 kob.), które w porę zostały dostrzeżone i udaremnione. Chory P. podpalił siennik w sypialni za pomocą zapałek przyniesionych przez rodzinę. Chorej K. przyniesiono esencji octowej, którą ona nie omieszkała wypić; obyło się bez wybitnych uszkodzeń. Pozatem było 7 wypadków ucieczki; 5 wróciło do szpitala dobrowolnie wzgl. przyprowadziła ich policja.

Podnieconych trzymano w łóżku, dawano im środki nasenne rano i wieczorem, stosowano długotrwałe kąpiele codziennie nie dłużej jednak nad 2 godziny wobec braku wanien i dostatecznej ilości służby, zalecano podskórne zastrzykiwania od 200 do 500,0 rozczynu fizjologicznego na. nucleinici i t. d. U chorych krzepkich w razie nieustępującego podniecenia stosowano kilkugodzinne obwijanie w mokre prześcieradła, na chorych zaś agresywnych, skłonnych do samokrzywdzenia lub niszczenia, nakładano kaftan bezpieczeństwa. Sprawozdawca boleje nad zbyt częstem stosowaniem środków krępujących, kładąc je na karb: przepełnienia szpitala, wadliwej jego budowy, braku służby i in. Z tych samych powodów uciekano się też zbyt często do izolowania chorych, tym samym tłomaczy się wielka ilość zużytych środków nasennych i narkotyków.

TABLICA III.

Ilość zużytych w roku 1925 środków uspakajających i nasennych.

Na. bromati	42.150 gr.	Morphii muriatici	36 gr.
Chlorali hydrati	3.500 „	Adalini	30 „
Veronali	2.000 „	Extr. Belladonnae	24 „
Trionali	950 „	Heroini	10 „
Extracti Opii	260 „	Pantoponi	7 „
Codeini	220 „	Cocaini mur.	7 „
Opii croccati	61 „	Hyoscini hydr.	4 „
Sulphonali	50 „		

Karmień sztucznych było: u 4-ch mężczyzn 11 razy i u 11 kobiet 247 razy. Wielką wagę szpital przywiązuje do pracy chorych. Chorych zaprasza się do pracy wkrótce po przybyciu do szpitala. Ogółem jednak pracowało tylko 50% chorych w roku sprawozdawczym. Dotychczas chorych mogących, a nie chcących pracować nie zmuszano. W roku natomiast 1926 Dyrekcja szpitala zamierza karać chorych niechcących, a mogących pracować, leżeniem w łóżku, cofnięciem widzeń i t. p.

Czytelnia dla chorych liczyła z końcem roku 1925 357 tomów; w roku sprawozdawczym przybyły 143 tomy.

Chorzy wydawali w r. 1925 pismo własne „Farys“, zasilane artykułami ich pomysłu. Ścierały się zdania, rozmaite pomysły, — jednym słowem wrzało na oddziale życie, tak pożądane dla ludzi pozbawionych wolności.

Pozatem chorzy, pod kierownictwem lekarza, urządzali przedstawienia, zabawy taneczne (18), koncerty, 3 razy sprowadzono kino i raz urządzono wycieczkę na Bielany.

Szpital Jana Bożego posiada bibljotekę naukową (w liczbie zgórą 2000 tomów). Niestety, zmniejszenie kredytów zmusza szpital do odwołania prenumeraty pism naukowych.

Personel szpitala składał się w r. 1925 z:
1). lekarza naczelnego, 2 ordynatorów, 1 konsultanta - chirurga i 3 lekarzy asystentów;
2). felczera i felczerki;
3). intendenta, buchaltera, 2 kancelistów i kapelana;
4). dozorcy gospodarczego i organisty;
5). 16 sióstr miłosierdzia;
6). ślusarza, krawca i 2 szewców;
7) 99 osób personelu pielęgniarskiego;
8). 28 osób służby gospodarczej.

Przeciętny koszt utrzymania jednego chorego wynosił w miesiącu:

I.	3,63 zł.	V.	4,54 zł.	IX.	4,79 zł.
II.	4,45 zł.	VI.	2.92 zł.	X.	5,34 zł.
III.	4,09 zł.	VII.	4.21	XI.	4,88 zł.
IV.	4,55 zł.	VIII.	4.31 zł.	XII.	11,53 zł.

TABLICA IV.

Koszta wyżywienia według klas i miesięcy. (w złotych).

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
I. klasa	1.85	2.11	1.68	1.74	1.68	2.20
II. klasa	1.61	1.74	1.90	2.23	1.59	1.41
III. klasa	0.85	1.06	0.96	1.09	1.04	0.99

	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
I. klasa	2.20	1.85	1.82	1.75	1.63	1.94
II. klasa	2.03	2.10	1.65	1.72	1.50	1.69
III. klasa	1.02	0.98	1.05	1.02	1.08	0.98

TABLICA V.

Wydatki.

Pensja personelu	232.966.00 zł.
żywność chorych	121.634.83 zł.
remont budynków	75.098.15 zł.
odzież, bielizna pp.	29.818.67 zł.
żywność służby (suma zwrotna)	28.947.80 zł.
opał	17.277.17 zł.
leki i środki opatrunkowe	10.047.24 zł.
różne	53.427.68 zł.
razem	569.217.54 zł.

Dochody.

Magistrat dopłacił w r. 1925	323.573.67 zł.
za kurację chorych w r. 1925	184.173.96 zł.
za kurację chorych w r. 1924	35.706.55 zł.
za żywność	18.203.48 zł.
za mieszkania i świadczenia	5.091.28 zł.
z zajęć chorych	2.266.82 zł.
różne	201.— zł.
razem	569.217.54 zł.

(Uwaga: zestawienie dochodów rachunkowo się nie zgadza).

Zakład Psychjatryczny

KOBIERZYN

Sprawozdanie *)
za
ROK 1925

OPRACOWAŁ DOC. DR. J. MORAWSKI

TABLICA I.

Ruch chorych od początku istnienia zakładu.

	1918.	1919.	1920.	1921.	1922.	1923.	1924.	1925.
Było chorych w dn. 1. I.	—	246	365	598	610	633	586	815
Przyjęto w ciągu roku	527	578	729	798	790	764	826	902
Leczono w ciągu roku	527	824	1094	1396	1400	1397	1412	1717
Wypisano w ciągu roku	228	366	400	633	668	696	510	706
Zmarło w ciągu roku	53	93	96	153	99	115	87	108
Pozostało na d. 1. I.	246	365	598	610	633	586	815	903

Ilość zmarłych osób, w porównaniu z leczonemi, wynosiła: na rok 1918 — 10,06%, 1919 r. — 10,07½, 1920 r. — 8,77%, 1921 r. — 10,60%, 1922 r. — 7,07%, 1923 r. — 8,23%, 1924 r. — 6,16%, 1925 r. — 6,29%.

TABLICA II.

Ruch chorych w 1925 r.

Ilość etatowych łóżek	550
Było chorych na początku 1925 r.	815
Przyjęto w ciągu r. 1925 chorych	902
Wypisano w r. 1925	706
Zmarło w r. 1925	108
Pozostało na rok 1926	903
Przeciętna dzienna ilość	879
Najmniejsza dzienna ilość	768
Najwyższa dzienna ilość	951
Ogólna ilość leczonych w r. 1925	1717

Stałe przepełnienie zakładu (poważna część chorych sypiała na siennikach rozkładanych na noc na korytarzach) uniemożliwiało ścisłą segregację oraz indywidualne traktowanie chorych, utrudniało walkę ze świerzbą i czerwonką i t. p. Wynikiem gościnności zbytniej zakładu było to, że przewieziono około 300 chorych do zakładów pomorskich i poznańskich.

TABLICA III a.

Ogólna ilość leczonych według rozpoznań.

	m.	k.
Schizophrenia.	593	536
Idiotismus et cretinismus	8	8
Imbecillitas	47	33
Psychopathia constitutionalis	24	10
Psychopathia maniacodepresiva	36	21
Psychosis epileptica	93	29
Do przeniesienia	801	637

*) W streszczeniu. Red.

Z przeniesienia	801	637
Hysteria	11	14
Paralysis progressiwa	97	31
Paralysis lethargica	5	3
Inne psychozy organiczne	29	18
Psychosis praesenilis et senilis	17	27
Alcoholismus, morphin, cocainismus	25	1
Sine morbo psychico	1	—
razem	986	731

TABLICA IV.

Ubyło w roku sprawozdawczym:

	m.	k.	razem:
Wyleczonych	18	2	20
W stanie polepszenia	113	134	247
Bez zmiany	238	181	419
Zbiegłych	18	2	20
Zmarłych	56	52	108
razem:	443	371	814

Zbiegło 20 chorych, przeważnie z pracy w polu; w kilku wypadkach chorzy zostali odprowadzeni do Zakładu, większość z nich jednak pozostała w domu. Ucieczki chorych w roku sprawozdawczym nie były powodem żadnego nieszczęścia; próby ucieczek w tym roku z oddziału kryminalnego nie powiodły się.

TABLICA V.

Przyczyny zejść śmiertelnych w roku 1925.

Marasmus	3
Tbc. pulmonum	29
Dysenterja	7
Typhus abdominalis	2
Bronchopneumonja etc.	36
Vitium cordis etc.	9
Embolia art. pulm.	1
Enteritis, colitis	5
Nephritis acuta	2
Torsio—flexio—sigmoidea	1
Pyaemia, sepsis	12
Submersio	1
razem	108

TABLICA VI.

Podział zmarłych w 1925 r. podług chorób psychicznych.

Rozpoznanie:	mężczyźni:	kobiety:	razem:
Cretinismus	1	—	1
Delirium infectiosum	2	1	3
Psychosis maniaco-depressiva	2	2	4
Schizophrenia	17	32	49
Psychosis organica	3	2	5
Paralysis progressiva	26	13	39
Epilepsia	5	—	5
Hysteria	—	1	1
Encephalitis lethargica	—	1	1
razem:	56	52	108

Jedna chora zmarła w kąpieli.

W lecie wybuchła w Zakładzie czerwonka, na którą zapadło 21 osób. Duru brzusznego były 3 przypadki. — Prócz szczepień ochronnych zawsze stosowano we wszystkich wypadkach chorób zakaźnych odpowiednie środki dezinfekcyjne.

Nieszczęśliwych wypadków było 4 w roku sprawozdawczym; daleko posunięta paralityczka utonęła w kąpieli dzięki niedbalstwu pielęgniarki, która oddana została Sądowi; pozatem 3 przypadki lekkiego uszkodzenia kości u dwóch paralityków i jednej schizofreniczki bez powikłań (wszystkie przypadki wynikły z bójek między chorymi).

Chorych kryminalnych leczono w roku sprawozdawczym 35, z których wypisano w ciągu roku 10. Sine morbo psychico — 2.

Zawijania mokre otrzymywało miesięcznie (przeciętnie): mężczyzn — 59,83; kobiet — 122,92; kąpiele trwałe: 356,75 mężczyzn i 336,25 kobiet; odosobniono: 81,58 mężczyzn i 59,42 kobiet.

Miesięcznie pracowało (przeciętnie) chorych: 321,25 mężczyzn i 245,58 kobiet. Ilość dni pracy (przeciętna miesięczna): 6677,83 u mężczyzn, 4735,08 u kobiet.

Ilość pracujących wynosiła około 60%. Chorzy pracowali w polu i w ogrodzie, na folwarku, w kuchni, maszynowni, u szewca, krawca, przy tkackich warsztatach, itp.

Zakład dąży do zmniejszenia wszelkiego rodzaju środków krępujących (fizycznych i chemicznych), o ile warunki na to pozwalają. Przepełnienie oddziałów zmusza jednak do stosowania leków nasennych i odosobnień nawet tam, gdzie przy warunkach normalnych możnaby się bez nich obejść.

Właściwemu rozwojowi pracy chorych stoją na zawadzie częsta ich zmiana i brak osadu starych chroników. Przepełniony Zakład musi wypisywać chorych będących w stanie nieznacznego nawet polepszenia.

Biblioteka lekarska liczyła z końcem r. 1925 — 386 dzieł, biblioteka chorych i pracowników — 564 dzieła.

Zakład zatrudniał w końcu roku sprawozdawczego: 6 lekarzy, 1 medyka, rządcę, kapelana, 30 sióstr zakonnych, 11 urzędników kancelaryjnych, agronoma, inspicjenta technicznego i 231 niższych funkcjonarjuszy.

ZAMKNIĘCIE RACHUNKÓW NA ROK 1925.

A. Dochody.

Dotacje tymcz. Wydz. Samorząd.	921.288.99	zł.
Z kosztów leczenia	331.070.80	zł.
Gospodarstwo rolne	34.717.42	zł.
Różne	16.475.24	zł.
razem:	1.303.552.45	zł.

B. Rozchody:

Płace lekarzy i urzędników	67.140.34	zł.
Płace funkcjonarjuszy niższych	278.193.40	zł.
żywienie chorych	237.999.44	zł.
zakup bielizny	27.317.61	zł.
gospodarstwo rolne	19.609.13	zł.
sprzęty i meble	12.376.61	zł.
opał	50.515.91	zł.
woda	75.948.47	zł.
konserwacje budowlane etc.	91.847.58	zł.
inne wydatki osobowe	40.791.88	zł.
różne	93.694.79	zł.
razem:	995.435.37	zł.
odprowadzono do Kasy Skarbowej (zwrot pobranych kosztów)	323.389.03	zł.
pozostałość na rok 1925	3.435.76	zł.

Zakład Psychjatryczny

TWORKI

Sprawozdanie *)
za
ROK 1925

ZESTAWIŁ DR. W. ŁUNIEWSKI, DYR. ZAKŁADU.

Stan tymczasowości i nieokreślonej sytuacji prawnej Zakładu nie uległ, niestety, zmianie w r. 1925. Pod fikcyjnym szyldem „samowystarczalności“ Zakład pozostawał w dalszym ciągu pod opieką Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i podstawowem źródłem, z którego czerpał on środki na swoje utrzymanie, pozostawała w dalszym ciągu dotacja państwowa, pokrywająca około 2/3 wydatków Szpitala.

Sprawa kosztów leczenia, które miały w zasadzie utrzymywać Zakład, nie doczekała się jeszcze jednolitego ustawowego ujęcia. Należności szpitalne egzekwowano po dawnemu z wielkim trudem, przeważnie bezpośrednio z gmin przynależności; efekt pieniężny tych zabiegów egzekucyjnych nie pokrył nawet 1/3 budżetu wydatków bieżących.

Od stycznia do września 1925 r. Zakład podlegał zwierzchnictwu Wydziału zakładów leczniczych i uzdrowisk przy GDSZ., od września zaś referatowi psychjatrycznemu, wyodrębnionemu z wydziału chorób społecznych.

Statutu organizacyjnego, któryby określał nareszcie prawne podstawy bytu Zakładu, jego stosunek do Państwa i Samorządów, jego obowiązki i prawa, nie doczekaliśmy jeszcze. W dalszym też ciągu Zakład obchodzić się musi bez regulaminu wewnętrznego, opierając swój ład wewnętrzny na tradycji ustnej i na dobrej woli jego funkcjonarjuszów.

Oddawna zbierające się chmury przepełnienia Zakładu chorymi spadły na Tworki w sposób dotkliwy dopiero z końcem roku 1925, kiedy ustała możność ewakuowania nadmiaru chorych do Zakładów b. dzielnicy niemieckiej. W ostatnich miesiącach roku byliśmy zniewoleni odmawiać przyjmowania chorych — odsyłaliśmy do domu nieraz po kilku chorych na dzień, których przyjąć nie byliśmy w stanie.

Z inwestycji, przypadających na dobro roku 1925 wymienić należy: 1) przybudówkę sali oraz nadbudowę piętra na skrzydle pawilonu pensjonarskiego męskiego, która powiększy pojemność Zakładu o 18 miejsc; 2) pobudowanie nowej chlewni murowanej na 150 świn; 3) doprowadzenie do porządku od szeregu lat zaniedbanych dróg bitych na terytorjum Zakładu; 4) nabycie 4 nowych kotłów parowych do kuchni; 5) uruchomienie drukarni nożnej i maszyn introligatorskich; 6) urządzenie gabinetu dentystycznego; 7) nabycie aparatu fotograficznego i 8) wyłożenie terrakotą pomocniczych ubikacji kuchennych.

W roku sprawozdawczym dokonano sprzedaży zbędnego w warunkach dzisiejszych silnika spalinowego na gaz ssany. W hali, opróżnionej po zdemontowaniu silnika, urządza się pracownię stolarską z szeregiem pomocniczych urządzeń mechanicznych.

Pozyskanie samochodu ciężarowego ułatwiło wybitnie aprowizację Zakładu i odbiło się korzystnie na kosztach żywienia.

W roku sprawozdawczym poniósł zakład bolesną stratę przez zgon ś p. dra. Wacława Janowskiego. Z końcem roku sprawozdawczego skład osobowy lekarzy Zakładu ukonstytuował się, jak następuje:

Prymarjusze: dr. Bednarz, dr. Bobrowski, dr. Handelsman.
Sekundarjusze: dr. Deresz, dr. Jełowicki.
Asystent: dr. Mackiewicz.
p. o. asystenta: kol. Bobrowska.

*) Podane w streszczeniu. Red.

Udział lekarzy w pracach towarzystw naukowych zaznaczył się następującymi odczytami, referatami i pokazami:

A. W oddziale Warsz. Pol. Tow. Psychjatrycznego:

1) 24. 5. 25. Dr. Bobrowski: Pokaz zaburzeń troficznych na nodze u psychicznie chor. B.
2) „ Dr. Bednarz. Pokaz zaburzeń troficznych skóry (ichtiosis) u oligofrenika.
3) „ Dr. Jełowicki: Pokaz zaburzenia psychicznego pochodzenia organicznego (omamy wzrokowe przy ślepocie w otępieniu starczem);
4) „ Dr. Handelsman: Pokaz dwóch przypadków zaburzeń psychicznych pośpiączkowych: a) diabetes insipidus, b) bogaty zespół urojeniowy.
5) 6. 6. 25. Dr. Bednarz: Przypadek urojeń niewierności małżeńskiej alkoholika; (chory internowany w związku z zabójstwem szwagierki odgryza język żonie podczas jej odwiedzin w Zakładzie).
6) „ Dr. Bednarz: Pokaz przypadku schizofrenji kryminalnej o niezwykłym przebiegu (niedorozwój intelektualny — napady histeryczne — potem, po dłuższym czasie, obraz katatoniczny).

B. W sekcji chorób nerwowych i umysłowych Medycyny Sądowej XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich:

7) 13. 7. 25. Dr. Handelsman: Zaburzenia psychiczne w nagminnem zapaleniu mózgu (referat programowy).
8) „ Dr. Bednarz: Umysłowo chory podejrzany o ciężkie przestępstwo a ustawa postępowania karnego.
9) „ Dr. Bednarz: Poczytalność zmniejszona a praktyka sądowa.

W druku ogłoszono następującą publikację: Dr. Łuniewski. Wiadomości początkowe z psychopatologji ogólnej (Wydawnictwo Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie).

Autopsji zwłok dokonano w r. 1925 — 38. Cenny materjał anatomo-patologiczny pozostał z braku prosektora bez opracowania.

Księgozbiór lekarski, liczący na początku roku 284 numery katalogu, wzrósł ku końcowi roku do liczby 346 numerów.

Nielekarski personel zakładu obejmował z końcem roku 265 osób. Przeciętnie jedna osoba personelu pielęgniarskiego przypada na około 6 chorych.

Rok sprawozdawczy zaznaczył się spadkiem odsetek zejść śmiertelnych do cyfry 4,86%. Gdyby z ogólnej liczby 72 przypadków śmierci, jakie zaszły w roku 1925 odjąć 40 wypadków śmierci, spowodowanej przez ciężkie organiczne cierpienia ośrodkowego układu nerwowego, należące z reguły do kategorji cierpień kończących się śmiercią, współczynnik śmiertelności ogólnej śród pacjentów Zakładu wyraziłby się cyfrą bardzo zbliżoną do współczynnika śmiertelności ogólnej śród psychicznie zdrowej ludności.

W szeregu przyczyn zejść śmiertelnych naczelne miejsce co do liczby zajmuje, jak zawsze, gruźlica. Z chorób zakaźnych ostrych jeden przypadek śmierci spowodowała róża. Pozostałe wypadki śmierci pod względem epidemiologicznym należą do obojętnych.

Na oddziałach izolacyjnych Zakładu przebywali przeważnie chorzy z otwartą gruźlicą, chorzy wymagający wzmocnionego odżywiania, dalej podejrzane przypadki zaburzeń żołądkowo-kiszkowych (około 30 w ciągu roku), przypadki grypy (około 20), zapalenia płuc włóknikowego (2), (malarji (4), zapalenia migdałków (7), zapalenia opłucnej 1). Przypadków róży było w Zakładzie wogóle w ciągu roku 15, z tych 10 na oddziałach kobiecych i 5 na oddziałach męskich.

Z inowacji dotyczących metod postępowania zasługuje na wzmiankę zorganizowanie systematycznych zajęć pedagogicznych dla chorych dzieci. Ochrona uruchomiona z dniem 1. X. 1925 pozostaje pod opieką fachowo wyszkolonej ochroniarki i funkcjonuje regularnie po 4 godziny na dobę.

Praca chorych utrzymywała się w ramach organizacji lat poprzednich; zajmował się nią Dr. Deresz. Rodzaje zajęć chorych pozostawały te same co i lat poprzednich. W stosunku do ogólnej liczby dni szpitalnych odsetek dni chorych pracujących wynosi: mężczyzn 28,03 %, u kobiet 21,7 %, przeciętnie około 25 %.

Ucieczek zdarzyło się w roku sprawozdawczym 24: 19 na oddziałach męskich, 5 na oddziałach kobiecych; 7 z nich dotyczyło chorych podsądnych internowanych. Z liczby zbiegłych powróciło do zakładu po niedługim czasie 5 osób (w tem 3 podsądnych) 4 udały się bezpośrednio do domu i zostały formalnie „wypisane" przez rodziny, o pozostałych wiadomości nie otrzymano.

Ewakuacja chorych do Zakładów Województwa Pomorskiego i Poznańskiego wywołana przepełnieniem Zakładu objęła w roku sprawozdawczym 261 chorych Na dzień 1. I. 1926 pozostaje:

w Kocborowie		485	chorych,
w Świeciu		125	„
w Dziekance		44	„
w Owińskach		1	„
	razem	655	chorych z Tworek.

Ruch Chorych.

Wyszczególnienie	Pozost. z poprz. roku	Przyjęto	Razem lecz.	Wypisano	Przen. do inn. szpitala	Zmarło	Pozostało na 31.12.25.
Mężczyźni	413	432	845	212	186	43	404
Kobiety	373	262	635	133	75	29	398
Razem	786	694	1480	345	261	72	802.

WYNIKI CHORYCH W ZAKŁADZIE przedstawiają się stosunkowo jak następuje:

wyniki dodatnie:	u	221	chorych, t. j.	32,60%	ubyłych;
wynik obojętny	u	385	„ „	56,78%	„
wynik śmiertelny	u	72	„ „	10,62%	„ .

Podział podług rozpoznań.

Wyszczególnienie	M.	K.	Razem.	M%.	K%	Razem%
Zaburzenia psychiczne po uraz. mózgu	2	—	2	0,46	—	0,28
Zaburz. przy chorobach org. (łącznie z park. pośpiączk.)	6	4	10	1,39	1,53	1,44
Zaburz. p. zatr. zewnątrz poch. (alkoholizm, morf. etc.)	30	5	35	6,95	1,91	5,05
Żab. na tle zatruć wewnątrz pochodn.	1	5	6	0,23	1,91	0,87
Psychozy infekcyjne.	2	3	5	0,46	1,15	0,72
Zab. psych. przy kile mózgu łącznie z poraż. postęp. i wiądem.	37	6	43	8,56	2,29	6,19
Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym.	19	27	46	4,39	10,30	6,63
Zaburz. na tle padaczki	30	18	48	6,95	6,87	6,91
Otępienie wczesne	200	141	341	46,30	53,82	49,14
Psych. szałowo-posępnicza	19	32	51	4,40	12,21	7,36
Psychopatja ustrojowa	17	6	23	3,94	2,29	3,31
Reakcje psychorodne	7	—	7	1,62	—	1,01
Paranoia	1	—	1	0,23	—	0,14
Oligophrenia	54	13	67	12,5	4,96	9,65
Przypadki nierozpoznane	3	2	5	0,69	0,76	0,72
Osobniki uznane za zdrowe	4	—	4	0,93	—	0,58
Razem	432	262	694	—	—	—

Z ogólnej liczby **PACJENTÓW KRYMINALNYCH** ubyło 76 osób (ogółem 93 osób: 81 mężczyzn i 12 kobiet), a mianowicie:

a) przeszło w stan internowanych na mocy decyzji sądowych, po myśli art. 39 k. k.	21 m.	2 k.	razem	23
b) przeszło w stan chorych zwykłych	— „	1 „	„	1
c) zwolniono z mocy decyzji sądowych	8 „	1 „	„	9
d) odesłano do domu poprawczego	1 „	— „	„	1
e) odesłano zpowrotem do więzienia	37 „	5 „	„	42
Razem	67 „	9 „	„	76.

OPINJI SĄDOWO-PSYCHJATRYCZNYCH wydano w roku sprawozdawczym 75; 66 z nich dotyczyło mężczyzn i tylko 9 dotyczyło kobiet.

Pod względem **ROZPOZNANIA PSYCHJATRYCZNEGO** opinje sądowe roku sprawozdawczego dotyczyły następujących postaci klinicznych:

1. porażenia postępującego	3 m.	— k.	razem	3
2. otępienia starczego	1 „	— „	„	1
3. psychoz przedstarczych	— „	2 „	„	2
4. Schizofrenji	13 „	3 „	„	16
5. Oligofrenji	16 „	2 „	„	18
6. psychoz alkoholowych	8 „	— „	„	8
7. morfinizmu	1 „	— „	„	1
8. psychopatji ustrojowej	12 „	1 „	„	13
9. padaczki	1 „	1 „	„	2
10. Psychoz reakcyjnych	4 „	— „	„	4
Razem	59 „	9 „	„	68
Nie stwierdzono choroby psych. u:	6 „	— „	„	6
Ogólna liczba badań:	65 „	9 „	„	74

Z przypadków, w których choroby psychicznej nie stwierdzono, dwa dostały się pod obserwację na skutek starań obrony bez usiłowań udawania ze strony badanych, w pozostałych 4-ech przypadkach mogła być mowa tylko o symulacji.

Co do **RODZAJU PRZESTĘPSTW** badani pozostawali pod zarzutami następującymi:

1. zdrady głównej	3 m.	— k.	razem	3
2. dezercji	1 „	— „	„	1
3. przestępstwa przeciwko religji	1 „	— „	„	1
4. nieposłuszeństwa władzom	1 „	— „	„	1
5. przeciwdziałania wymiarowi sprawiedl.	1 „	— „	„	1
6. fałszu	2 „	— „	„	2
7. pozbawienia życia	25 „	2 „	„	27
8. uszkodzenia ciała i gwałtu na osobie	1 „	— „	„	1
9. nierządu	6 „	1 „	„	7
10. uszkodzenia mienia przez podpalenie	4 „	4 „	„	8
11. kradzieży i rozboju	12 „	2 „	„	14
12. oszustwa	6 „	— „	„	6
13. przestępstw na służbie państwowej	1 „	— „	„	1.

RUCH CHORYCH MŁODOCIANYCH, do których zaliczamy pacjentów do ukończonych lat 18, przedstawia się w cyfrach roku sprawozdawczego jak następuje:

Na dzień 1. I. 1925 pozostawało	chł. 24	dziew. 5	razem	29
w ciągu roku 1925 przybyło	„ 14	„ 12	„	26
z liczby tej w roku 1925 ubyło	„ 14	„ —	„	14
Pozostało na 1. I. 26	„ 24	„ 17	„	41.

Pozostali z końcem roku w Zakładzie dzielą się **CO DO ROZPOZNANIA** na następujące kategorje:

Niedorozwój intelektualny bez objawów ogniskowych	chł. 11	dziew. 6	razem	17

Zahamowanie rozwoju psych. przy porażeniu dziecięcem	chł.	2	dziew.	1	razem	3
Podaczka	„	5	„	6	„	11
Rozszczepienie psych. wczesne	„	3	„	3	„	6
Zaburzenia pośpiączkowe	„	3	„	1	„	4.

Przyczyny zejść śmiertelnych.

1. Zapalenie płuc włóknikowe	m.	1	k.	2	razem	3
2. Choroby mięśnia sercowego	m.	2	k.	7	„	9
3. Gruźlica płuc i innych narządów	m.	8	k.	13	„	21
4. Róża	m.	—	k.	1	„	1
5. Ostre sprawy zapalne żołądka i jelit	m.	—	k.	1	„	1
6. Sprawy zapalne jelit przewlekłe	m.	—	k.	1	„	1
7. Uwiąd porażny	m.	7	k.	2	„	9
8. Napad porażny	m.	7	k.	—	„	7
9. Niedomoga czynnościowa serca	m.	14	k.	—	„	14
10. Status epilepticus	m.	1	k.	2	„	3
11. Wyniszczenie ogólne bez określonej bliżej przyczyny (wygłodzenie i inne)	m.	3	k.	—	„	3
Razem	m.	43	k.	29	„	72

Dochody Szpitala.

1. Dotacje GDSZ.	1.124.476,76 zł
2. Koszta kuracyjne	536.931,34 zł
3. Ferma i ogród	74.037,11 zł
4. Dochody różne	27.148,45 zł
	1.762.593,66 zł

Rozchody Szpitala.

1. Płace personelu	478.107,80 zł
2. Pomieszczenie (opał, światło i utrzymanie porządku	111.610,13 zł
3. Żywienie chorych	242.962,67 zł
4. Bielizna, odzież i sprzęty	84.665,77 zł
5. Utrzymanie chorych w zakładach pomorskich i poznańskich	676.736,18 zł
6. Ferma, ogród, inwentarz	44.815,25 zł
7. Rozchody różne	123.695,86 zł
Razem	1.762.593,66 zł

KOSZTA ŻYWIENIA CHORYCH wynosiły w poszczególnych klasach przeciętnie na dzień:

w klasie I-ej	144,6 groszy
w klasie II-ej	142,8 groszy
w klasie III-ej	81,2 groszy

TAKSA SZPITALNA wynosiła w roku 1925:
Od 1. I. do 31. V..: w klasie 1-ej 7,50 zł, w klasie 2-ej — 5 zł, w kl. 3-ej 3,25 zł.
Od. 1. VI. do 31. XII.: w klasie 1-ej 9 zł, w klasie 2-ej 6 zł, w klasie 3-ej 3,50 zł.

Na jedną porcję chorego wydatkowano przeciętnie dziennie:

chleba żytniego	261,0 gr.	431,0 gr.
bułki pszennej	214,0 gr.	76,0 gr.
mięsa	299,0 gr.	176,0 gr.
tłuszczu	52,5 gr.	32,0 gr.
mleka	0,23 ltr.	0,22 ltr.
ziemniaków	470,0 gr.	674,0 gr.
jarzyn różnych	269,0 gr.	336,0 gr.
krup, ryżu, grochu	38,0 gr.	87,0 gr.
mąki, makaronu	83,0 gr.	33,0 gr.
kawy	8,5 gr.	8,5 gr.
herbaty	0,6 gr.	0,5 gr.
cukru	64,0 gr.	46,0 gr.
jajek	0,4 gr.	0,17 gr.
owoców	100,0 gr.	39,0 gr
śmietany	0,35 gr.	—

Krajowy Zakład Psychjatryczny

DZIEKANKA

Sprawozdanie
za
ROK 1926

ZESTAWIŁ DYR. DR. MED. DR. PHIL. AL. PIOTROWSKI

I. OGÓLNE.

W roku 1926 Zakład mieścił się we własnych gmachach położonych w Dziekance, poczta i stacja kolejowa Gniezno. Zakład posiadał urządzenia dla 1000 chorych.

Na początku roku znajdowało się w Zakładzie 881, w końcu roku 931 chorych. W opiece rodzinnej przebywało przeciętnie 21 chorych, 11 mężczyn i 10 kobiet

W ciągu roku prawozdawczego leczono 1 283 pacjentów.

W ciągu ostatniego 10-lecia ilość chorych w Zakładzie wyrażała się w przeciętnych dziennych:

1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
681	558	518	445	468	485	577	574	582	694	903

Zakład obejmował następujące oddziały, mieszczące się w 21 pawilonach:

a) pensjonaty dla pacjentów I i II klasy, b) oddziały obserwacyjne, c) oddziały dla chorych niespokojnych, d) oddziały otwarte, e) lazaret, f) pawilony dla zakaźnych.

Rewizje: W roku sprawozdawczym dokonali rewizji kasy Zakładu w. radca rachunkowości Giernat (1 ×) sekretarz krajowy Bartkowiak (3×), w sprawach administraycjnych w. radca krajowy Grabowski (3 ×).

Personalja: W dniu 31. X. 1926 opuścił Zakład lekarz - asystent Dr. Sągin. Dnia 8. 4. 26 wstąpili do Zakładu jako lekarze — asystenci Dr. Wacław Januszewski i Dr. Stanisław Oberc.

Zmiana personału pielęgniarskiego pomocniczego i posługującego wynosiła w stosunku do stanu z 31. XII. 25. = 3 % dla męskiego, 25 % dla żeńskiego

Na czele Zakładu stał Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Aleksander Piotrowski. Służbę lekarską pełnili: lekarz-prymarjusz Dr. Bielawski, lekarz-prymarjusz Dr. Gawroński, lekarze asystenci Dr. Sągin, Dr. Januszewski, Dr Oberc. W czasie wakacji uniwersyteckich Zakład dał gościnę 2 studentom medycyny z Poznania (1) i z Wilna (1).

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych (z wyjątkiem świąt i niedziel) sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach, omawiali stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, zabiegi terapeutyczne, zachowanie się nowoprzyjętych pacjentów i wogóle pacjentów z osobliwemi psychopatologicznemi przejawami. Przy tej sposobności były rozpatrywane niejasne przypadki chorobowe, orzeczenia sądowo - psychjatryczne itp.

Na posiedzeniach klinicznych i naukowych ze współudziałem gości z Gniezna omawiano aktualne sprawy naukowe z dziedziny psychjatrji, psychologji i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem i rozpatrywano ciekawe przypadki psychjatryczne i neurologiczne.

Bibljotekę lekarską skompletowano 45 książkami i abonowano następujące czasopisma lekarskie, częściowo drogą wymiany:

1) Archiwum Historji i Filozofji,
2) Archiwum Higjeny,
3) Biologję Lekarską,
4) Filozofję Medyczną,
5) Kwartalnik Kliniczny,
6) Lekarza Wojskowego,
7) Medycynę Doświadczalną i Społeczną,
8) Neurologję Polską,
9) Nowiny Lekarskie,
10) Polską Gazetę Lekarską,
11) Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lekarskiego,
12) Pamiętnik Polskiego Tow. Balneologicznego,
13) Pamiętnik Warszawskiego Tow. Lekarskiego,
14) Psychoanalizę,
15) Pamiętnik Zjazdu IV Higjenistów Polskich i V Lekarzy Działaczy Sanitarnych Miejskich w Wilnie,
16) Przegląd Dermatologiczny,
17) Przegląd Antropologiczny,
18) Przegląd Dentystyczny,
19) Przegląd Zdrojowo - Kapielowy,
20) Rocznik Psychjatryczny,
21) Warszawskie Czasopismo Lekarskie,
22) Wiadomości Statystyczne,
23) Wychowanie Fizyczne
24) Wykłady Lekarskie,
25) Zagadnienia Metapsychiczne,
26) Zdrowie,
27) Medyko - biologiczeskij żurnal,
28) Obozrenjie Psychjatri i Neurologji i Reflexologji,
29) Annales Médico - Psychologiques,
30) Gazette des Hopitaux,
31) Le Monde Médical,
32) La Presse Médicale,
33) L'Encéphale,
34) Revue Neurologique,
35) Rassegna di Studji Psichiatrici,
36) Rivista di Patologia nervosa e mentale,
37) Il Pisani,
38) Brain,
39) The Journal of Mental Science,
40) Fortschritte der Medizin,
41) Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,
42) Folia Neuropathologica Estoniana.

W r. 1926 były referowane wzgl. ogłoszone, przeważnie w Nowinach Psychjatrycznych, następujące prace z Dziekanki.

I. Dyr. Al. Piotrowski redagował Now. Psychj. i drukował:

1) Sprawozdanie za rok 1925, Now. Psychj. 1926, I.
2) Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim, Now. Psychj. 1926/II.
3) Objawy schizofrenijne a osobowość psychopatologiczna w schizofrenji, (streszczenie) Now. Psych. 1926/II.
4) Filip Pinel, Now. Psychj. 1926, III-IV.
5) Nekrolog ś. p. Kraepelina, Now. Psychj. 1926, III-IV.

Tłomaczył z włoskiego prace przesłane dla Nowin Psychjatrycznych:

6) Przyczynek do studjum bezładu dziedzicznego, nap. Dr. G. Bonasera, Now-Psychj. 1926, I.
7) Badania doświadczalne nad działaniem skopolaminy, nap. Dr. D. Marguglio, tłom. wspólnie z p. B. M., w Now. Psychj. 1926, III/IV.

Pozatem wygłosił szereg referatów klinicznych na posiedzeniach naukowych w Dziekance i umieścił kilka streszczeń w Now. Psychjatrycznych.

II. Prymarjusz O. Bielawski, zastępca redaktora Nowin Psychjatrycznych, ogłosił drukiem:

1) Hypnoza a kodeks karny, Now Psych. 1926, I.
2) Badania przejawów toksycznych w katatonji i hebefrenji (streszczenie), Now. Psychj., 1926, II.

Pozatem wygłosił szereg referatów klinicznych na posiedzeniach naukowych w Dziekance i umieścił kilka streszczeń w Now. Psychjatrycznych.

III. Prymarjusz J. Gawroński ogłosił drukiem:

1) Wpływ narządu mięśniowego na powstanie i rozwój świadomości, Now. Psychj. 1926, III-IV.
2) Rzut oka na biologiczne podstawy rozwoju i wychowania dziecka (streszczenie) Now. Psychj. 1926, II.

Pozatem umieścił streszczenia w Now. Psychjatrycznych.

IV. Lekarz asystent K. Sągin, ogłosił drukiem:

Odruch z kostki zewnętrznej — a objaw Piotrowskiego, Now. Psychj. 1926, II.

Rendantem (poborcą) zakładowym był p. Kaczmarek, inspektorem Zakładu p. Cabański, sekretarzem p. Domagalski.

Duszpasterstwo sprawowali ks proboszcz Chilomer, pastor Heyse i rabin Dr. Krausz.

Nabożeństwa odbywały się w kaplicy zakładowej: dla katolików co tydzień, dla ewangelików co 2 tygodnie, dla żydów co 4 tygodnie w sali wykładowej. Pacjenci katolicy przystępowali do Sakramentów św., o ile ich stan psychiczny na to zezwalał.

Zakład liczył w roku 1926 urzędników i funkcjonarjuszy:

ETATOWYCH					KLASYFIKOWANYCH						KONTRAKTOWYCH					POBOCZN.		
lekarzy	urzędników admin.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	lekarzy	urzędników admin.	pomocników biurowych	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	lekarzy	pomocników biurowych	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	duszpasterzy	organistów	RAZEM
2	3	4	29	5	2	—	2	3	4	—	2	2	3	83	12	3	2	161

Ogółem zatrudniał Zakład urzędników etatowych, klasyfikowanych i kontraktowych 156, wyłącznie urzędników pobocznych i służby folwarcznej. W ostatnim 10-cio leciu liczba personału zakładowego wahała się znacznie.

1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
154	143	136	133	123	127	113	126	129	145	156

Stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się jak 1 : 11. Dnia 1. X. 26 było w Zakładzie Dziekanka zatrudnionego personału ogółem (lekarze, urzędnicy, służba, pielęgniarze) 153 na 926 pacj., t. z., że ogólny stosunek ilościowy personału do pacjentów przedstawiał się jak 1 : 6.

W roku 1926 przypadało w Dziekance na jednego lekarza przeciętnie 225, a w niektórych miesiącach, podczas choroby lekarzy, nawet 450 chorych dziennie.

W celach terapeutycznych było zajętych przeszło 90% pacjentów rozmaitemi pracami: na roli, w ogrodach, w parkach, w warsztatach, na pawilonach, robótkami ręcznemi.

Pożywienie: Na dzienną porcję jednego pacjenta składało się przeciętnie:

	chleba	bułek	mięsa	tłuszczu	mleka	jarzyny	krup	ziemniaków	mąki	kawy	cukru	herbaty	jaj	owocu	śmietany
I	230	200	260	100	0,3	250	200	750	80	30	75	3	2	150	50
II	500	—	260	80	0,3	250	200	750	80	30	60	2	1	150	40
III	500	—	70	30	0,2	250	90	750	38	20	30	2	—	50	—

Chorzy, zatrudnieni pożyteczną pracą, otrzymywali jako dodatek: 10 gr. tłuszczu, 115 gr. chleba i 70 gr. kiszki lub sera. Cieleśnie słabi pacjenci otrzymywali dodatki do pożywienia zwykłego składające się z 2 jaj, ½ do 1 litra mleka i 200 gr. bułek. Obłożnie chorzy otrzymywali osobną dietę.

Opłata za pacjentów klasowych wynosiła w klasie I. do 31. marca 1926 5—7 zł., od 1. 4. do końca roku 7—10 zł. dziennie, w II kl. do 31. marca 1926 3,50 zł., od 1. 4. do końca roku 4,50 zł dziennie, w III kl. do 31. 3. 26. 2,50 zł. od 1. 4. do końca roku 3 zł. dziennie. Pacjenci z poza Województwa Poznańskiego dopłacali do powyższych stawek 30%.

Opłata za utrzymanie dzienne ubogiego pacjenta z Wielkopolski wynosiła 1,85 zł., a faktycznie całkowite utrzymanie kosztowało:

w miesiącu	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
złotych	2,48	1,71	1,93	1,25	3,02	1,54	3,41	3,25	2,71	3,50	1,81	2,34

Miejsc bezpłatnych było w roku 1926 = 3, jedno całkowite, jedno ¾, jedno ½.

Dni zakładowych spędzonych przez chorych psychicznie w zakładzie wzgl. na oddziałach w ciągu roku 1926 było 318 440, ogólna suma wydatków wynosiła 895 298,15 zł., zatem przeciętne dzienne koszty utrzymania jednego chorego przedstawiały kwotę 2,81 zł.

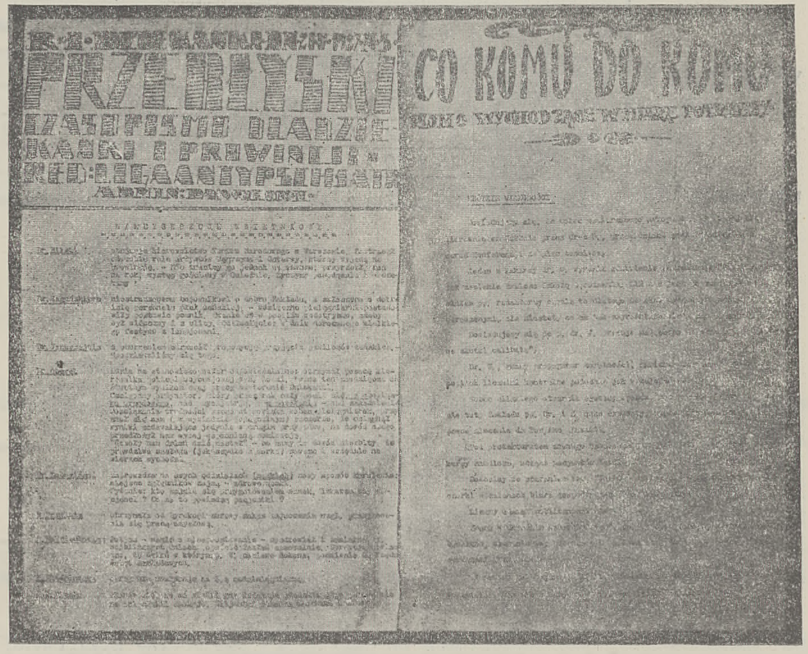
W roku sprazwozdawczym odbyły się dla pacjentów 24 zabawy, mianowicie 10 przedstawień teatralnych połączonych z tańcami, 4 przedstawienia kinematograficzne, 10 zabaw tanecznych, jeden koncert radjowy, recytacja p. Dr. Gawrońskiego: „Betleem Polskie" Łucjana Rydla. Latem koncertowała orkiestra wojskowa 17 p. a. p. przy oświetleniu ogrodu lampionami. W dniu 3 maja odbyła się uroczystość ku uczczeniu Konstytucji 3 Maja. Wygłoszony został okolicznościowy odczyt, odśpiewane zostały pieśni i wypowiedziane deklamacje.

Z nastaniem wiosny, aż do późnej jesieni, grywali pacjenci w tenis, footbal, kręgle, robili wycieczki powozami i koleją w bliższe i dalsze okolice Gniezna.

Jak w roku poprzednim, tak i w roku sprawozdawczym urządzono w dniach 15. i 16. września na placu tenisowym konkurs tenisowy dla pacjentów i gości. I nagrodę w postaci statuy, przedstawiającej rzut dyskiem, otrzymał pacjent P., II nagrodę w postaci garnituru do papierosów otrzymał pacjent Z., III nagrodę w postaci statuy przedstawiającej jeźdzca na koniu otrzymał praktykant lekarski W., IV nagrodę w postaci statuy przedstawiającej footbalistę otrzymał pacjent O., V nagrodę pocieszenia (papierosy) otrzymał pacjent Krz.

Na przedstawienia teatralne, na odczyty, na widowiska w Gnieźnie posyłano pacjentów socjalnych; wstępne za ubogich opłacał Zakład.

Pacjenci wydają 2 gazety humorystyczne (antagonistyczne): „Przebłyski“ i „Co komu do komu“.


PRZEBŁYSKI

CO KOMU DO KOMU

Kursy pielęgniarstwa: W zimowym semestrze odbywały się teoretyczne kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego.

Program nauki obejmował anatomję i fizjologję człowieka (Dr. Januszewski), higjenę (Dr. J. Gawroński), pielęgnowanie chorych, w szczególności psychicznie chorych (Dr. Bielawski), prawa i obowiązki pielęgniarzy (Dyr. Piotrowski). Na wspomniane kursy uczęszczał personał nowo przyjęty.

Część praktyczna kursu odbywała się latem.

II. STATYSTYKA.

Stan ilościowy chorych:				mężcz.	kobiet	razem
W dniu 31. XII. 1925				446	435	881
Przybyło w roku 1926				205	197	402
razem .				651	632	1283
Ubyło w ciągu roku 1925						
	mężcz.	kobiet	razem			
1) przez wypisanie	120	106	226			
2) zmarło	47	65	112			
3) samowolne opuszczenie zakładu	6	8	14	173	179	352
Pozostało w dniu 31. XII. 1925 r.				478	453	931

Przeciętna dzienna liczba chorych wynosiła 903 chorych (w roku 1925 880).

Stan chorych według wyznania:

	rz.-katol.		gr.-katol.		protest.		żydzi		prawosł.		ogółem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	razem
W dniu 31. XII. 25	295	282	31	37	75	71	45	45	—	—	446	435	881
przybyło	163	136	8	9	12	17	16	30	6	5	205	197	402
razem	458	418	39	46	87	88	61	75	6	5	651	632	1283
ubyło	132	139	11	13	20	14	8	12	2	1	173	179	352
pozostaje 31.XII.26	326	279	28	33	67	74	53	63	4	4	478	453	931

Wiek pacjentów:

do lat 20	=	23 mężczyzn	22 kobiet
do lat 30	=	69 mężczyzn	59 kobiet
do lat 40	=	65 mężczyzn	66 kobiet
do lat 50	=	29 mężczyzn	21 kobiet
do lat 60	=	14 mężczyzn	16 kobiet
do lat 70	=	5 mężczyzn	8 kobiet
do lat 80	=	— mężczyzn	3 kobiety
do lat 90	=	— mężczyzn	1 kobieta
wiek niewiadomy		— mężczyzn	1 kobieta
		205 mężczyzn	197 kobiet

Stan rodzinny:

samotni	127 mężczyzn	116 kobiet
stanu małżeńskiego	72 mężczyzn	63 kobiet
wdowcy i wdowy	4 mężczyzn	14 kobiet
w rozwodzie	— mężczyzn	2 kobiety
w seperacji	1 mężczyzna	— kobiet
stan niewiadomy	1 mężczyzna	2 kobiety
	205 mężczyzn	197 kobiet

Po raz który w Zakładzie:

poraz 1	121 mężczyzn	129 kobiet
poraz 2	68 mężczyzn	57 kobiet
poraz 3	11 mężczyzn	8 kobiet
poraz 4	1 mężczyzna	1 kobieta
poraz 5 i więcej	3 mężczyzn	2 kobiety
niewiadomo	1 mężczyzna	— kobiet
	205 mężczyzn	197 kobiet

Jak długo chorował pacjent przed przyjęciem do Zakładu:

	mężczyzn	kobiet	razem
Do 1 miesiąca	37	41	78
„ 2 miesięcy	15	23	38
„ 3 „	8	15	23
„ 4 „	7	5	12
„ 5 „	4	7	11
„ 6 „	8	10	18
„ 1 roku	32	25	57
„ 2 lat	25	18	43
„ 3 „	16	9	25
„ 5 „	8	12	20
„ 10 „	21	13	34
ponad 10 „	17	11	28
od dzieciństwa	7	8	15
	205	197	402

Dziedziczność stwierdzono w roku 1926 u 23% nowoprzyjętych.

W opiece rodzimej znajdowało się stale = 21 chorych, 11 m. + 10 k.

Pod obserwacją sądowo-psychjatryczną w sprawach karnych było 9 mężczyzn

Śmiertelność w poszczególnych miesiącach:

w styczniu	6 mężczyzn	6 kobiet
w lutym	2 mężczyzn	7 kobiet
w marcu	3 mężczyzn	9 kobiet
w kwietniu	2 mężczyzn	11 kobiet
w maju	4 mężczyzn	6 kobiet
w czerwcu	7 mężczyzn	4 kobiet
w lipcu	2 mężczyzn	11 kobiet
w sierpniu	7 mężczyzn	2 kobiet
we wrześniu	6 mężczyzn	1 kobieta
w październiku	— mężczyzn	3 kobiety
w listopadzie	4 mężczyzn	3 kobiety
w grudniu	4 mężczyzn	2 kobiety
	47 mężczyzn	65 kobiet

Klasa wyżywienia:	I klasa		II klasa		III klasa		Bezpłatne miejsca						razem		
							1/1		3/4		1/2				
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	mężczyzn	kobiet	ogółem
Stan w dniu 31. XII. 1925	7	13	24	26	414	394	1	—	—	1	—	1	446	435	881
Przybyło															
a) przyjęto now. pacjentów	7	25	40	33	158	139	—	—	—	—	—	—	205	197	402
b) przyjęto z innych klas	1	—	10	6	6	14	—	—	—	—	—	—	17	20	37
razem:	15	38	74	65	578	547	1	—	—	1	—	1	668	652	1320
Ubyło															
a) zwolniono	2	12	35	28	136	139	—	—	—	—	—	—	173	179	352
b) przenies. do innych klas	8	5	3	5	6	10	—	—	—	—	—	—	17	20	37
razem:	10	17	38	33	142	149	—	—	—	—	—	—	190	199	389
pozostało 31. XII. 1926	5	21	36	32	436	398	1	—	—	1	—	1	478	453	931

Zwolnione z Zakładu:

do lat	do miesięcy	wyleczonych m.	wyleczonych k.	w stanie polepszenia m.	w stanie polepszenia k.	bez zmiany m.	bez zmiany k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k.
	1	6	4	11	5	9	8	7	3	33	20
	2	7	3	10	6	7	5	6	1	30	15
	3	5	5	9	10	5	7	4	2	23	24
	6	7	8	7	9	8	6	8	7	25	30
	12	9	6	8	10	4	7	4	21	25	44
2		4	4	3	3	2	2	7	13	16	22
5			2	3	—	1	3	11	11	15	16
10			1					2	3	2	4
15								—	3	—	3
ponad 15				1				3	1	4	1
		38	33	52	43	36	38	47	65	173	179

ZAWÓD PACJENTÓW.

a) Mężczyźni.	Stan 31. 12. 25	przybyło w r. sprawozdawcz.	ubyło w r. sprawozdawcz.	pozostało 31. 12. 26
Ziemianie	4	3	2	5
Gospodarze	37	20	18	39
Przemysłowcy i rzemieślnicy	79	45	29	95
Kupcy	21	12	10	23
Uczeni	16	19	14	21
Nauczyciele	9	2	3	8
Uczniowie	14	7	6	15
Urzędnicy i wojskowi	35	11	15	31
Handlowcy-kelnerzy	7	18	22	3
Robotnicy	141	54	36	159
bez zawodu	83	14	18	79
	446	205	173	478

b) Kobiety.	Stan 31. 12. 25	przybyło w r. sprawozdawcz.	ubyło w r. sprawozdawcz.	pozostało 31. 12. 26
a) bez zawodu				
żony, córki z jnteligencji	21	27	23	25
„ „ średniego stanu	103	34	37	100
„ „ stanu robotniczego	99	51	48	102
b) ze stanu zarab.				
Nauczycielki i bony	14	6	7	13
Krawcowe, modniarki	18	5	8	15
Książkowe, sprzedawaczki, przekupki	9	5	5	9
Gospodynie, kucharki, towarzyszki	11	4	6	9
Siostry, akuszerki, pielęgniarki	3	2	1	4
Służące, robotnice	157	63	44	176
	435	197	179	453

PRZYCZYNY ŚMIERCI.

	m.	k.
paralysis progresiva	4	—
encephalitis	—	3
pthisis pulmon	7	23
„ „ et intest.	3	3
pneumonia	6	8
tabes dorsalis	1	—
gastroenteritis	3	4
sepsis	1	—
meningitis	1	—
marasmus senilis	3	11
status epilepticus	7	—
insufficientia cordis	9	6
tumor intestin	—	1
nephritis	—	4
influenza, arterioscler.	2	2
	47	65

NIEKTÓRE DANE STATYSTYCZNE Z ODDZIAŁÓW.

Choroby zewnętrzne	W ciągu r. 1926
a) róża	4 + 3 [1]) 7
b) świerzb	6 + 8 14
c) ropnie i wrzodzianki	11 + 17 28
d) odleżyny, pacjentka przybyła z odleżynami	— + (1) (1)
Choroby wewnętrzne	
a) rozwolnienie	26 + 9 35
b) czerwonka	—
c) dur brzuszny	—
d) zimnica	—
e) gruźlica otwarta	10 + 26 36
f) odra	—
g) płonica	—
Inne niepożądane zjawiska	
1. zanieczyszczenie	12 + 13 25
2. samowolne opuszczenie zakładu [2])	
a) z oddziałów otwartych	4 + 5 9
b) z oddziałów zamkniętych, pod ścisłym dozorem	2 + 3 5
3. samobójstwo	—
4. usiłowane samobójstwo bez następstw poważnych	— + 1 1
5. przypadkowe uszkodzenia cielesne z powodu nieostrożności pacjentów	— + 1 1
6. wybryki pacjentów względem lekarzy i pielęgniarzy	2 + 3 5
7. bójki pacjentów między sobą	2 + 6 8
8. poród z nielegalnego zapłodzenia pacjentki	—

1) mężczyźni i niewiasty —
2) nie uwzględniono pacjentów mających swobodę, którzy znów wrócili.

Terapja.	W ciągu r. 1926
1) zabiegi chirurgiczne	2 + 7 9
2) drobne i większe opatrunki	20 + 20 40
3) karmienie zgłębnikiem	6 + 9 15
4) zastrzyki skopolaminy	—
5) zastrzyki morfiny	—
6) kąpiele prolągowane	
a) ze względów psychjatrycznych [1]	13 (121) i 6 (47) 19 (168)
b) ze względów cielesnych	20 (185) i 14 (156) 34 (341)
7) izolacja	—
8) zawijanie w koce	—
9) nasenniki	5 (20) i 18 (154) 23 (174)
10) leki w chorobach somatycznych	29 (294) i 57 (462) 86 (756)
11) leki przeciw nap. epilep.	8 (158) i 11 (1190) 19 (1348
12) zastrzyki extr. opii	1 + 1 2
13) leki antiluetyczne	11 + 4 15
14) zimnicę stosowano w przypadkach pp.	26 + 2 28
15) zajętych pacjentów było przeciętnie dziennie	92,7 — 96 %
Śmiertelność	
1) ogólna	47 + 65 112
2) gruźlica	10 + 26 36
3) autopsja	3 + 5 8
Uszkodzenie przedmiotów przez pacjentów wzburzonych	
1) szyby i ściany	9 + 9 18
2) meble	3 + — 3
3) odzież	4 + 3 7
4) bielizna	2 + 2 4

[1]) Liczby oznaczają ilość chorych, liczby w nawiasach oznaczają ilość stosowań.

D.

ROZPOZNANIE CHOROBY U PACJENTÓW NOWO PRZYJĘTYCH:

	m.	k.
dementia paral.	36	4
tabo paralysis	5	—
lues cerebri	5	9
dementia seuclis	2	11
presbyophrenia	—	1
psych. arteriosclerotica	2	7
hemiplegia	1	—
status apoplecticus	—	2
chorsa Hunfingtoni	2	—
sclerosis multipl.	1	1
encephal. chron.	4	3
encephal. letharg.	3	7
parkinsonismus	1	—
oligophrenia: debilitas	3	2
oligophrenia: imbecillitas	21	14
oligophrenia: idiotismus	6	3
epilepsia	25	23
amentia	1	9
psychosis infectiosa	1	3
psychosis puerperalis	—	10
psychosis intoxicativa	1	1
Korsakow	—	1
alcoholismus	16	—
mortinismus	5	—
cocainismus	1	—
neurasthenia	—	1
psychasthenia	2	—
hysteria	4	9
neurosis traumatica + simulatio psychosis	1	—
dementia traumat	5	—
psychopathia	8	4
psychosis reactiva	3	8
paranoia	—	1
paraphrenia	8	5
psych. maniac. depr.	13	28
melancholia	2	15
schizophrenia	5	14
katatonia	5	1
hebephrenia	6	—
paranoid	1	—
	205	197
	402	

III. ADMINISTRACJA.

Zakres czynności poszczególnych urzędników zakładowych i ich współdziałania normowany jest ogólnie: regulamin dla Zakładu z dnia 5. 3. 1895 r., przepisami służby wewnętrznej z dn. 2. 3. 1897 r., przepisami dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. 8. 1901 r., z zał. A. B. C. —, instrukcjami z dnia 2. 3. 1897 r., instrukcjami dla kas zakładowych z dnia 27. 2. 1901 r., pozatem rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 10. III. 26. L. dz. 366/26-3. dotyczące podwyższenia kosztów utrzymania za ubogich pacjentów, oraz rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 11. 3. 26. L. dz. 370/26-3 dot. podwyższenia kosztów utrzymania za pacjentów samopłacących, rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 15. 5. 26. L. dz 598/26-3 dot. samodzielnego dysponowania przez Dyrekcję kwotami preliminowanemi w budżecie w dz. 3. i 4. rozdz. XXIX. § 2. Obwieszczenie Województwa dotyczyło zniesienia obszaru „Słonawy Młyn" w powiecie obornickim. Rozp. Starostwa Krajowego z dnia 30. IIII 26. L. dz. 1622/26-1 dotycz. zakazu podpisywania pism urzędowych ołówkiem. Rozporz. Starostwa Krajowego z dnia 9. X. 26. L. dz. 5067/26-1 dotyczyło zachowania się urzędników wobec interesantów, rozporz. Starostwa Krajowego z dnia 25. X. 26. L. dz. 5211/26-1 dot. pobierania dopłaty krajowej, rozporządzenie Starostwa Krajowego z dnia 29. X. 26. L. dz. 5268/26-1 dotycz. uskutecznienia wypłat z kredytów, które zostały wyczerpane, rozp. Starostwa Krajowego z dn. 9. XI. 26. L. dz. 3478/26 — osb. dot. wypłacenia urzędnikom nieetatowym zamiast 30% tylko 15% dodatku krajowego. Regulamin tymczasowy w sprawie udzielenia zaliczek urzędnikom krajowym i rozp. Starostwa Krajowego z dn. 7. XII. 26. L. dz. 5827/26-1 dotyczyły brania udziału urzędników w uroczystościach publicznych.

W okresie od 1. I 26 do 31. XII. 26 Zakład otrzymał wpływów 10 227, 15 niezałatwionych z roku 1925, t. j. razem 10 242. Z tych załatwiono w roku 1926: 10 231, a 11 przeniesiono na rok 1927.

Według przepisów obowiązujących, w roku 1926 Zakład przedłożył periodycznych sprawozdań: dwutygodniowych 24, miesięcznych po 10 = 120, ćwierćrocznych po 2 = 8, rocznych 6.

Urzędowanie opierało się na 29 wzorach formularzowych.

Prace powyższe wykonywało 3 urzędników biurowych administracyjnych i 4 siły kancelaryjne.

W roku 1926 urzędnicy zakładowi odbyli 16 podróży służbowych:

w miesiącu	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Razem
	1	2	1	2	1	1	—	3	4	—	1	—	16

Podróże w roku sprawozdawczym wykonane: do Starostwa Krajowego 3, na zarządzenie Star. Kraj. 3, na zarządzenie Dyrekcji Zakładu 10. Podróże do Starostwa Krajowego odbyły się celem zakupu odzieży i bielizny dla chorych i personalu, na zarządzenie Starostwa Krajowego odbył podróż p. Dyrektor celem zwiedzenia wystawy ogrodniczej w Poznaniu oraz w sprawie pacjenta M.; inne podróże podejmowano celem przewożenia pacjentów (repatrjantów)

W ciągu roku sprawozdawczego wykonano następujące prace w Zakładzie.

W celach konserwacyjnych pomalowano żelazny parkan, okalający Zakład oraz parkany okalające ogrody pawilonów, w paw. I. m. pomalowano w jednym pokoju sufit i ściany tapetowano, w paw. II m. i II ż. wymalowano

łazienki olejną farbą, prócz tego wymalowano w paw. II ż. salę jadalną ..ną farbą, w paw. VII ż. pomalowano sufit i ściany, jeden pokój olejną farbą, w paw. VII. ż i VII m. położono w jednym pokoju nowe podłogi i takowe pomalowano, w pomieszkaniu dyrektora pobielono sufity i wytapetowano 3 pokoje, oraz pomalowano werandę pokostową farbą, w pomieszkaniu pierwszego prymarjusza wytapetowano 3 pokoje, w pięciu pokojach wybielono sufity, pomalowano 2 przedsionki, kuchnię i łazienkę, ostatnią pokostową farbą, w pomieszkaniach niższych urzędników pomalowano 12 pokoji, 2 przedsionki i 5 kuchni klejową farbą, przy cmentarzu pomalowano nowo postawiony parkan sztachetowy długości 200 m. olejną farbą.

W drugiej oranżerji, w której nie było możności ogrzewania, postawiono piec i założono kanał do ogrzewania; dom mieszkalny stolarza, który w roku 1925 był podmurowany, otynkowano zewnątrz i wewnątrz, postawiono piec kaflowy i położono nową podłogę; ogród paw. VI. zdrenowano, ponieważ ogród był mokry i w porze deszczowej pacjenci nie mogli z ogrodu korzystać.

Powyższe prace, z wyjątkiem malowania parkanu żelaznego naokoło Zakładu i ogrodów przy pawilonach, wykonali pacjenci Zakładu, przez co Zakład zaoszczędził 1.150 zł. tyle kosztowałaby robocizna, gdyby prace te były wykonane przez przedsiębiorcę.

Z dachu dwupiętrowego budynku mieszkalnego dla pielęgniarzy usunięto piasek, który z biegiem czasu zmienił się w glinę i dach pokryto nową papą; naprawiono także uszkodzone kominy i rury spadowe.

Przy kuchni w mieszkaniu I nadpielęgniarza wybudowano przedsionek jako ochronę przed zimnem. Przy gromochronach założono częściowo nowe nadziemne styki, gromochrony naprawiono i założono nowe miedziane linki. W prosektorjum zainstalowano nowe przewody elektryczne, ponieważ stare przewody nie działały, tak samo na folwarku zainstalowano we wszystkich stajniach nowe przewody elektryczne, w oborze, która groziła zawaleniem, ustawiono nowe belkowanie.

Prawie wszystkie budynki zakładowe posiadają płaskie dachy, kryte „cementem drzewnym". Ponieważ od przeszło 30 lat (maksymalny czasokres trwałości dla tego rodzaju dachów) nie były odnawiane, przeto będzie trzeba odnowić je zupełnie. Okapy wszystkich budynków potrzebują pokrycia farbą w celach konserwacji. Bruk w obrębie Zakładu jest zniszczony i musi być przełożony.

Zakład potrzebuje następujących nowych budowli:

a) Dom dla czterech rodzin pielęgniarskich. Istniejące mieszkania nie wystarczają. Służba zakładowa wymaga obecności pielęgniarzy na terenie Zakładu; obecność ich jest możliwa tylko wtedy, gdy pielęgniarze mieszkają w domach służbowych na terenie Zakładu.
b) Szopa do węgli o płaszczyźnie 500 m. kwadratowych. Węgle leżące na dziedzińcu przesiąkają wilgocią, tracą na wydajności cieplnej.
c) Szopa do wozów na folwarku. Wozy i maszyny stojące dotąd pod gołem niebem, niszczą się z powodu wpływów atmosferycznych.
d) Budynku warsztatowego. Warsztaty mieszczą się obecnie w różnych budynkach, w piwnicach. Kontrola warsztatów jest utrudniona, warsztaty są za ciasne. Możnaby zatrudnić większą ilość pacjentów, lecz brak pomieszczenia.
e) Drugiej oranżerji. Istniejąca oranżerja jest zbyt niska. Zakład posiada kilka pięknych okazów roślin egzotycznych, których zimą nie ma gdzie umieścić.

W urządzeniach technicznych Zakładu wykonano w roku sprawozdawczym następujące naprawy:

Pogłębiono studnię przy III paw. ż. do 110 mtr. głębokości i założono nowy filter, ponieważ przy dawniejszej głębokości 40 m .woda się wyczerpała. Przedsiębiorca wywiercił studnię nawet do 150 m. głębokości, lecz natrafił na zbyt miałki piasek i filtr się zapiaszczał; wobec tego cofnął się do 110 m. Obecnie studnia ta daje dobrą wodę, lecz wydajność studni jest niewystarczająca, bo wynosi tylko 6,5 kbm. na godzinę.

Przy studni w hali maszyn założono także nowy filtr, na głębokości 38 m; woda się wyczerpała, nawet po remoncie studnia wydaje tylko 2 kbm. na godzinę.

Od dłuższego czasu Zakład cierpi na brak wody, wobec tego trzeba wodę od 8. wieczorem do rana zamykać, ażeby w nocy napełnić rezerwoary wodą na potrzeby dzienne. Przy studni obok III paw. m. naprawiono kilka rur, założono dwa nowe łożyska i dorobiono nowe widły tłokowe.

W kanałach pomiędzy paw. IV. i VII. m. i ż. założono nowe rury do centralnego ogrzewania, ponieważ stare rury były dziurawe. Przy parowej maszynie zapędowej obtoczono kolektor, założono kilka stalowych bolców i naprawiono łożysko korbowodowe.

Przy drugiej maszynie zapędowej wylano łożyska krzyżulcowe białym metalem.

w ogrodzie paw. IV. założono nowe rury wodociągowe, prowadzące do hydranta,

przy aparacie dezynfekcyjnym założono nowe rury paronośne, w pralni naprawiono maszynę do prania; pozatem zakupiono nowe pasy zapędowe do motoru przy studni.

W najbliższej przyszłości należałoby wykonać następujące prace:

a) Centralne ogrzewanie ciepłem powietrzem pawilonów męskich i żeńskich III, V, i VI. trzeba przemienić na ogrzewanie ciepłą wodą, albowiem wydajność ciepła w pawilonach wymienionych jest zbyt mała w stosunku do zużytkowanego opału.
b) W kuchni potrzebne są kotły miedziane i niklowe oraz parownik do ziemniaków. Podniszczone kotły żelazne, w użytku od r. 1917 zamiast miedzianych zabranych przez władze wojskowe niemieckie, są nieracjonalne, bo niehigjeniczne i nieekonomiczne.
c) Należy założyć rury odciekowe przy lazaretach celem odwodnienia terenu.
d) Urządzić piekarnię.
e) Zakupić drugą maszynę zapędową o sile 120 koni. Dotychczasowa maszyna jest już od 15 lat w użyciu. Maszyna rezerwowa jest licha, starej konstrukcji, zbyt słaba potrzebująca wiele opału, posiada siłę 40 koni. Gdyby maszyna stanęła, Zakład byłby bez siły zapędowej.
f) Potrzebna jest nowa sieć telefoniczna. Stara sieć jest tak dalece zniszczona, że naprawy są nieracjonalne, drogie i nie zaradzają złemu; aparaty są stare.

W roku sprawozdawczym

a) zakupiono 3.892 sprzętów kuchennych,
b) uzupełniono urządzenia higjeniczne:
zużyto 1.511, o kg. mydła do prania, czyszczenia oddziałów, do mycia i kąpania chorych.
c) Urządzenia wychowawcze:
Zakupiono 41 książek dla biblioteki beletrystycznej, abonowano dla chorych 5 gazet codziennych, 9 czasopism i ilustracji,
d) Pomoce naukowe:
nabyto 45 książek dla biblioteki lekarskiej, abonowano 42 czasopisma lekarskie, zakupiono 4 książki dla biblioteki administracyjnej.

W roku sprawozdawczym zużyto:

a) opału: 41 934 centn. węgla, i 63 m. drzewa — w kotłowni, do opalania kuchni, prasowalni przez cały rok, oraz do ogrzewania 384 ubikacji o ogólnej pojemności 51 493 kbm. w czasie zimowym, przyczem utrzymywano temperaturę 16 do 18° C;
b) światła 141 895 kilowatów, oświetlano 730 ubikacji o ogólnej pojemności 89 826 kbm. przez 12 miesięcy dziennie przeciętnie 11 godzin. Prócz tego oświetlano drogi, oraz place zakładowe i domy mieszkalne;
c) wody zużyto 99 500 kbm.

Ogrodnictwo.

W roku sprawozdawczym wynosił dochód z ogrodnictwa 3959,77 zł.
Wydatki wynosiły:

a) pobory ogrodnika 3372,— zł.
b) zakup nasion i narzędzi 2078,— zł.
razem 5450,— zł.

Z powyższego wydatku przypadają 3/5 utrzymaniu parków i kwiatów. Dla zaznaczenia zysku w ogrodnictwie liczy się 2/5 wydatków do rozchodu, zatem

rozchód 5450,— zł.
wchodzi 2180,— zł.
pozostaje 1779,77 zł.

C

IV. SPRAWOZDANIE Z GOSPODARSTWA ROLNEGO

Folwark Dziekanka obejmował w 1926 roku 518 mórg magdeburskich roli ornej i łąk. Do obrobienia tego obszaru potrzebnych było 28 wykwalifikowanych robotników, licząc 5 osób na 100 mórg; rzeczywiście pracowało na folwarku tylko 10 najemnych, przeważnie w służbie podwórzowej, mianowicie: włódarz, stangret, szwajcer, (mlecarz) z pomocnicą, deputatnik przy nierogaciźnie, (świniarek) chłopak do mleka, stróż, 1 dziewczyna zaciągowa i 2 fornali.

Pracę na roli, jak rozsiewanie sztucznych nawozów, zasiewy, obróbka buraków cukrowych, koszenie i sprzęt ziemiopłodów wykonywali pacjenci Zakładu. Podczas żniw było w gospodarstwie rolnem zajętych dziennie 120—140 pacjentów.

Przy konsekwentnem stosowaniu obecnego systemu zatrudnienia pacjentów w gospodarstwie rolnem należy spodziewać się okresu, kiedy robotnicy najemni będą zbyteczni, bo wszelkie prace będą mogli wykonać pacjenci Zakładu, co wpłynie korzystnie na budżet folwarku. Zatrudnienie 28 robotników płatnych powodowałoby około 64.000 zł. wydatków folwarcznych.

Rewizje:

Folwark był rewidowany 8 razy przez Dyrektora Zakładu i 1 raz przez wyższego radcę rachunkowości Giernata.

Budynki:

Budynki gospodarcze murowane znajdowały się w dość dobrym stanie z wyjątkiem obory, którą naprawiono w roku 1926. Budynki folwarczne ubezpieczone są w Krajowym Ubezpieczeniu od Ognia w Poznaniu na sumę 64.000 zł. Na remont budynków wydano w roku 1926 2.252,23 zł. w stosunku do budżetu 747,77 zł. mniej.

ZBIÓR ZIEMIOPŁODÓW WYNOSIŁ W ROKU 1926:

kartofli	210.996 kg.	à	0,08 zł.	=	16.879,68 zł.
pszenicy	2.100 kg.	à	0,56 zł.	=	1.176,00 zł.
żyta	34.950 kg.	à	0,41 zł.	=	14.329,50 zł.
jęczmienia	7.150 kg.	à	0.43 zł.	=	3.074,50 zł.
owsa	27.200 kg.	à	0,36 zł.	=	9.792,00 zł.
miesz. (zboże)	13.850 kg.	à	0,36 zł.	=	4.986,00 zł.
burak. cukr.	125.640 kg.	à	0,05 zł.	=	6.282,00 zł.
siana	32.000 kg.	à	0,05 zł.	=	1.600,00 zł.
miesz. (ziel.)	42 fur	à	8,00 zł.	=	336,00 zł.
słomy	100.000 kg.	à	0,015 zł.	=	1.500,00 zł.
			razem za		59.955,68 zł.

Inwentarz żywy:

Folwark posiadał	koni	bydła	owiec	świń	gęsi	kur	indyk
1. stycznia 1926.	17	34	28	21	6	32	28
w ciągu roku przybyło przez zakup	—	24	—	80	—	—	—
przez ulęg	2	13	1	—	—	—	—
RAZEM:	19	71	29	101	6	32	28
w ciągu roku ubyło przez sprzedaż	—	37	29	49	—	—	—
wskutek choroby	—	—	—	7	6	32	28
Stan 31. 12. 26.	19	34	—	45	—	—	—

Inwentarz żywy:

Wiekszą część ubytku stanowi bydło odstawione do Zakładu na rzeź. W miesiącu wrześniu wybuchła z niewiadomych przyczyn cholera drobiu. Wobec tego wszystek drób padł.

Nierogacizna:

Stan zdrowia wśród nierogacizny był naogół dobry. Padło 7 warchlaków z powodu grużlicy.

Rogacizna:

W roku sprawozdawczym przeciętna dzienna wydajność mleka 1 krowy wynosiła 9,5 ltr.

Inwentarz pociągowy:

Na początku roku 1926 folwark posiadał 17 koni. Bydło rogate i konie są zabezpieczone przeciwko zarazie.

O.

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

folwarku „Dziekanka" za rok 1926.

Tytuł	Oznaczenie tytułu	Według budżetu zł	gr	Rzeczywisty dochód wzgl. wydatki zł	gr	W porównaniu z budżetem: więcej zł	gr	mniej zł	gr
	A. Dochody								
I	Stan	—	—	—	—	—	—	—	—
II	Dopłata z Główn. Kasy Kraj.	—	—	—	—	—	—	—	—
III	Czynsz dzierżawny	—	—	—	—	—	—	—	—
IV	Za sprzedaż ziemiopłodów	27.500	—	28.219	72	719	72	—	—
V	Dochód z bydła	29.500	—	29.198	50	—	—	301	5[illegible]
VI	Ze sprzedaży martw. inwent.								
VII	Korzyści z ogrodu	100	—	25	—	—	—	75	—
VIII	Różne	5.400	—	4.727	13	—	—	672	87
	razem:	62.500	—	62.170	35	719	72	1.049	37
								329	65
	B. Wydatki								
I	Czynsz dzierżawny	573	—	—	—	—	—	573	—
II	Zakup nasion i art. pastewn.	8.000	—	4.578	15	—	—	3.421	85
III	„ sztucznych nawozów	4.000	—	1.800	—	—	—	2.200	—
IV	„ żywego inwentarza	15.000	—	20.058	23	5.058	23	—	—
V	„ martwego inwentarza	5.000	—	4.965	48	—	—	34	52
VI	Budowy	3.000	—	2.252	23	—	—	747	77
VII	Państwowe i inne podatki	550	—	165	13	—	—	384	87
VIII	Zabezpieczenie ogniowe	600	—	700	15	100	15	—	—
IX	Deputat, mleko i masło	1.080	—	—	—	—	—	1.080	—
X	Pobory	9.140	—	9.262	59	122	59	—	—
XI	Opał	1.330	—	822	80	—	—	507	20
XII	Weterynarz i lekarstwo	500	—	498	94	—	—	1	06
XIII	Różne potrzeby gospod.	200	—	72	30	—	—	127	70
XIV	Znaczki inwal. i kasa chor.	900	—	911	12	11	12	—	—
XV	Różne	627	—	577	10	—	—	49	90
		50.500	—	46.664	22	5.292	09	9.127	87
								3.835	78

Dochody wynoszą . . . . 62.170,35 złotych

Wydatki wynoszą . . . . 46.664,22 „

Zatem czysty zysk . . . . 15.506,13 „

K.

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance za rok 1926

Dz.	Rozdz.	§	Określenie działu	Podług budżetu	Wpłynęło	W porówn. z budżetem	
						więcej	mniej
			DOCHODY				
I			Zarząd				
	I		Urzędnicy i funkcjonarj.				
		2	Różne wydatki osobowe	16.353.—	9.828 —59	—	6.524.41
	VII		Grzywny				
		2	Dyscyplinarne	35.—	—	—	35.—
	I		Wpływy własne				
		6	Różne	105.—	4.131.25	4.026.25	—
1			Środki gospodarczo-techn.				
	XVII		Utrzymanie				
		1	Nieruchomości	17.596.—	14.536.71	—	3.059.29
		2	Urządzenia gospodarcze	1.500.—	1.142.26	—	357.74
2			Destynatarjusze				
	4		Opłaty				
		2	Bieżące	337.625.—	325.189.56	—	12.535.44
	XXIX		Wychowanie				
		5	Premja za pracę	2·000.—	2.000.—	—	—
4			Użytkowcy				
	XXVII		Przyjęcie i zwolnienie				
		2	Zwolnienie	37.50	63.—	25.50	
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież, obuwie	2.530.—	5.538.14	3.008.14	
		2	Żywność	2.980.—	7.839.45	4.859.45	—
	4		Opłaty				
		2	Bieżące	481.361.50	532.790.58	51.429.08	—
5			Zarząd finansowy				
	2		Czysty zysk z przedsiębiorstw				
		1	Z gospod. rolnego, folwarku	12.000.—	15.506.13	3.506.13	—
	VII		Dopłata krajowa				
		7	Dla Zakładu	80.415.52	65.765.52	—	14.650.—
	2		Pozostałość kasowa	6.—	—	—	6.—
	XXXIII		Zaległości z poprzedniego okresu budżetowego	1.—	—	—	1.—
			Razem:	954.545.52	984.326.19	66.849.55 29.780.67	37.168.88

Dochody w 1926 r. wynoszą	984.326.19
Wydatki w tym samym czasie	895.298.15
Nadwyżka dochodów wynosi . . . . . . (cfr. wydatki dz. 5. rozdz. XXVI) odstawiono ją do Funduszu zakładów krajowych Krajowego Związku Komunalnego, utworzonego uchwałą Sejmiku Wojewódzkiego z dn. 25. XI. 1925.	89.028.04 złotych
Na końcu roku 1926 pozostały nieuregulowane koszty utrzymania za pacjentów w kwocie, którą się ściąga	81.836.52
Prócz tego przyjęto na rok 1926 jako dochód materjał żywnościowy i opałowy równowartości . .	4.269.55
Ostateczna nadwyżka w 1926 r. wynosi	175.134.11 złotych
Po potrąceniu dopłaty krajowej w kwocie (cfr. dz. 5 rozdz. VII § 7)	65.765.52 złotych
Pozostaje nadwyżka kasowa	109.368.59 złotych

Dz.	Rozdz.	§	Określenie działu	Podług budżetu	Wydano	W porówn. z budżetem więcej	W porówn. z budżetem mniej
			WYDATKI				
			Zarząd				
	I		Urzędnicy i funkcjonarj.				
		1	Uposażenie	272.492.—	221.674.98		50.817.02
		2	Różne wydatki osobowe	104.995.—	90.045.57	—	14.949.43
		3	Podróże służb. i przesiedlenia	1.200—	395.26	—	804.74
	II		Biuro				
		1	Środki lokomocji	5.000.—	4.507.88	—	492.12
		3	Wydatki biurowe	3.300.—	3.837.94	537.94	—
		4	Wydawnictwo	300.—	300.—	—	—
		5	Inne wydatki	100.—	99.35	—	—.65
	X		Zwrot kosztów				
		1	Podróże sł. i przesiedl.	600.—	300.—	—	—
		3	Emerytury i zaopatrz.	3.578.64	3.883.88	305.24	—
	XXXIV		Pozostałość przenośna				
		2	Biuro — Inwentarz	1.—	—	—	1.—
			Środki gosp.-techniczne				
2	XVII		Utrzymanie				
		1	Nieruchomości	17.725.—	26.477.92	8.752.92	—
		2	Urządzenie gospodarcze	14.625.—	26.506.75	11.881.75	
		3	„ mieszkalne	6.000.—	5.811.34	—	188.66
		4	„ higjeniczne	1.000.—	283.40	—	716.60
		5	„ lecznicze	2.500.—	2.145.15	—	354.85
		6	„ pieczy duchown.	200.—	26.32	—	173.68
	XVIII		Opał, światło i woda				
		1	Opał	85.000.—	84.841.52	—	158.48
		2	Swiatło	1.200.—	1.199.08	—	—.92
	XIX		Ciężary				
		2	Publiczne	3.430.—	3.288.92	—	141.08
	XXXIV		Pozostałość przenośna				
3		17	Utrzymanie	3.—	—	—	3.—
			Destynatarjusze				
	XXVII		Przyjęcie i zwolnienie				
		1	Przyjęcie	60.—	6.60	—	53.40
		2	Zwolnienie	450.—	18.—	—	432.—
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież, obuwie	50.500.—	46.850.97	—	3.649.03
		2	Żywność	182.500.—	179.745.64	—	2.754.36
		3	Hygjena	3.100.—	2.993.15	—	106.85
		4	Opieka lekarska	4.800.—	4.783.79	—	16.21
	XXIV		Wychowanie				
		1	Piecza duchowna	5.50.—	33.25	—	516.75
		2	Wychowanie	1.375.—	1.315.08	—	59.92
	XXXIV		Pozostałość przenośna				
4		28	Utrzymanie, bielizna itd.	1.—	—	—	1.—
			Użytkowcy				
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież, obuwie	14.550.—	14.731.57	181.57	—
		2	Żywność	171.106.—	167.063.12	—	4.042.88
		3	Hygjena	300.—	281.15	—	18.85
		4	Opieka lekarska	1.200.—	971.39	—	228.61
	XXIX		Wychowanie				
		1	Piecza duchowna	100.—	1.—	—	99.—
		2	Wychowanie	700.—	578.18	—	121.82
	XXXIV		Pozostałość przenośna				
		28	Utrzymanie, bielizna itd.	1.—	—	—	1.—
5			Zarząd finans.				
	XXXIII		Zaległość z poprzed. okresu budżetowego	2.88	—	—	2.88
				954.545.52	895.298.15	21.659.42	80.906.79
							59.247.37

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

= Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia (M. S. W.) reskryptem z dnia 29. 11. 26. powołała Komitet, którego zadaniem jest rozpatrzenie zagadnień dotyczących opieki nad psychicznie chorymi. Jest to ciało prowizoryczne, które ma za zadanie przygotowanie materjału dla projektowanego urzędu psychjatrycznego Do zadań Komitetu w szczególności należy: opracowanie projektu opieki nad psychicznie chorymi, sprawa fachowego przygotowania personelu zakładów psychjatrycznych, projekty budowy zakładów psychjatrycznych i t. p. Przewodniczącym Komitetu jest Generalny Dyrektor Służby Zdrowia, zastępcą przewodniczącego — Naczelnik Wydziału Zakładów Leczniczych i Uzdrowisk. Obecnie do składu Komitetu należą z pomiędzy psychjatrów, pp. Bednarz, Łuniewski, Mazurkiewicz, Radziwiłłowicz, Rychliński i Steffen.

= Na mocy traktatu Wersalskiego przeszedł na własność Skarbu Państwa Polskiego Wojewódzki Zakład dla Alkoholików w Gościejewie, (najbliższa stacja kolejowa: Rogoźno pow. Oborniki). Zakład ten został oddany w administrację Starostwu Krajowemu w Poznaniu pod warunkiem kontynuowania przedsiębiorstwa. Zakład obecnie jest bardzo zniszczony, wymaga gruntownego remontu. Zakład obliczony jest na 30 łóżek wyłącznie dla narkomanów wszelkiego typu.

= Starostwo Krajowe w Poznaniu nie powzięło dotąd ostatecznej decyzji co do obsadzenia i terminu otwarcia zakładu.

= W roku ubiegłym został uruchomiony i otwarty Państwowy Zakład dla psychicznie chorych na Antokolu pod Wilnem. Chorych przyjmuje się już od początku bieżącego roku. Zakład mieści 120 łóżek. Dyrektorem Zakładu jest Prof. Dr. Radziwiłłowicz.

= Sejmik Województwa Pomorskiego wymówił dzierżawę instytucjom korzystającym czasowo z budynków zakładu w Wejherowie. Miejmy nadzieję, że dawny Zakład Psychjatryczny w Wejherowie będzie mógł rozpocząć ponownie swą działalność i to w czasie najbliższym.

= Rocznik Psychjatryczny. Ukazał się zeszyt 5-y tego pisma, obejmujący 218 stron druku.

Treść zeszytu: W. Stryjeński. — Współczesne poglądy na schizofrenję. W. Sterling. — Związek schizofrenji z wydzielaniem wewnętrznem. G. Bychowski. — Schizofrenja w świetle psychoanalizy. M. Bornsztajn. — Stanowisko kliniczne schizofrenji i nowa teorja jej patogenezy. M. Zieliński. — Wzruszenia u schizofreników. W. Matecki i H. Szpidbaum. — Typy psychofizyczne w świetle własnych badań. W. Medyński. — Konstytucja w schizofrenji. E. Wilczkowski. — Badanie konstytucyjnych serologicznych grup krwi u schizofreników i porażeńców postępujących. A. Sikorska. — Zaburzenia równowagi rozpyłkowej w surowicy schizofreników. A. Sikorska. — Schizofrenja w świetle niektórych badań serologicznych. E. Brzezicki. — Nowsze badania anatomo-patologiczne mózgu schizofreników ze szczególnem uwzględnieniem jąder podkorowych. E. Czajkowski. — O leczeniu gorączkowem schizofrenji. W. Medyński. — Twórczość artystyczna w schizofrenji. Kronika psychjatryczna. Od administracji. Polska bibljografja psychjatryczna. Setna rocznica zgonu Pinel'a. Nekrologja. Spis członków Polskiego Tow. Psychjatrycznego (1926 r.).